

Solicitud de Asistencia

Folleto de Información

Bienvenido al State of Michigan Department of Human Services (DHS)

Tenemos programas para ayudarle a usted y/o a su hogar (todas las personas que viven en su hogar) con comida, cuidado de niños, dinero en efectivo y emergencias. También podemos informarle sobre otros programas y recursos que podrán ayudarle a satisfacer sus necesidades. Con gusto esperamos ayudarle a usted y a su hogar.

Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., por favor díganos. Si usted necesita a un intérprete, le proveeremos uno o puede traer uno propio.

Pasos para Recibir Asistencia

- 1 - **Solicite programas de asistencia a través de Internet en www.michigan.gov/mibridges.** Traiga, envíe por correo o por fax su solicitud de asistencia a la oficina de DHS en su área. Puede encontrar en el directorio la dirección y el número de teléfono de la oficina de su área, en la sección del gobierno estatal o en línea www.michigan.gov/dhs-countyoffices.
- 2 - **Lea este folleto y guárdelo.** Explica los programas y contiene información importante. **Cuando firma la solicitud de asistencia, usted acepta las reglas de este folleto.**
- 3 - **Conteste las preguntas de la solicitud de asistencia.** Necesitamos sus respuestas para decidir qué tipo de ayuda puede recibir. Puede solicitar para todos o algunos de nuestros programas.
- 4 - **Posiblemente le pediremos más información (comprobantes) para algunos programas.** Le avisaremos lo que necesitamos.
- 5 - **Le enviaremos una carta** por correo avisándole si la solicitud es aprobada o negada. **Guarde esa carta.** Contiene información importante, que incluye el nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico (email) de su especialista de DHS.

Usted tiene el derecho de solicitar ayuda hoy mismo. La fecha en que DHS recibe su solicitud de asistencia o forma de archivo podrá determinar la fecha de inicio de sus beneficios. **Excepción:** Si usted solicita Ingreso de Seguridad Suplementales y beneficios de asistencia de alimentos antes de ser liberado de una institución, la fecha de archivo para sus beneficios será la fecha en que usted sale de la institución.

Si no puede llenar completamente la solicitud de asistencia hoy mismo, puede completar cualquier forma de archivo (disponible al final de este folleto o en línea www.michigan.gov/dhs-forms) o puede entregar su solicitud de asistencia incompleta. Debe incluir: • Nombre • Fecha de nacimiento (no es necesario para asistencia de alimentos) • Dirección (a menos que no tenga casa) • Su firma o la de un representante (alguien solicitando de parte de usted).

Department of Human Services (DHS) will not discriminate against any individual or group because of race, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, sex, sexual orientation, gender identity or expression, political beliefs or disability. If you need help with reading, writing, hearing, etc., under the Americans with Disabilities Act, you are invited to make your needs known to a DHS office in your area.

Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

لن تميز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services - DHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الجنس، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز. إن كنت تحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة والسمع،... إلخ، ندعوك أن تجعل احتياجاتك معروفة لدى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها عملاً بقانون الأمريكيين المعاقين (Americans With Disabilities Act).

Local office address

DHS specialist name, phone number and email address

Decisiones a Tiempo

Debemos tomar las decisiones en un período de tiempo, para aprobar o negar su solicitud de asistencia. A continuación están las normas que seguimos:

Símbolos de Programas

Programas de DHS.....Normas



Asistencia de Alimentos (FAP)

- Rápida (siete días de proceso) 7 días
- Programa de Asistencia de Alimentos 30 días



Desarrollo y cuidado infantil (CDC).....45 días



Asistencia en Efectivo

- Programa de de Asistencia en Efectivo (FIP) 45 días
- Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA) 30 días
- Asistencia del Estado para Discapacitados(SDA)..... 60 días



Ayuda de Emergencia del Estado(SER).....10 días

Asistencia de Alimentos Rápida (siete días de proceso)



Su hogar podrá calificar para un proceso de siete días si:

- Usted tiene menos de \$150 de ingresos mensuales y \$100 o menos en bienes líquidos (dinero en efectivo, cuenta de cheques o ahorros, certificados de ahorros), **o**
- Su ingresos brutos y bienes líquidos combinados son menos que su renta mensual y/o pago de hipoteca, más calefacción y utilidades, **o**
- Usted es un trabajador agrícola temporal o migrante **indigente***, con \$100 o menos de bienes líquidos.

Si su hogar califica para un proceso de siete días usted debe:

- Participar en una entrevista, **y**
- Proveer prueba de su identidad, **y**
- Terminar la forma de solicitud en completo.

A usted se le pedirá comprobante de otra información (así como ingresos, residencia, etc.) para que siga recibiendo beneficios de asistencia de alimentos. Si usted presenta el comprobante cuando aplica, es posible que le den un plazo más largo de beneficios de asistencia de alimentos.

* **Indigente** significa que usted dejó de recibir ingresos antes de la fecha en que los solicitó, o su ingreso **ha empezado**, pero espera recibir no más de \$25 en los próximos 10 días.

Entrevistas del Programa de Asistencia de Alimentos (FAP)

La mayoría de las entrevistas para FAP se hace por teléfono. Sin embargo, puede solicitar una entrevista en persona.

Si también está solicitando asistencia efectivo, puede ser programado para una entrevista en persona

Es Posible que Necesitemos Comprobante

Para la mayoría de los programas, DHS necesita comprobante del ingreso del hogar. Si tiene comprobante, envíelo o tráigalo con su solicitud de asistencia. He aquí varias maneras de comprobar los ingresos:

- Talones de cheques
- Recibos de manutención para niños
- Carta de beneficios del Seguro Social
- Registros de ingresos y gastos de trabajo por cuenta propia
- Impuestos sobre Ingreso

Si necesitamos comprobante, le enviaremos una lista de lo que necesitamos.

Para algunos programas, es **POSIBLE** que necesitemos comprobante de:

- Edad y/o identidad
- Estado migratorio
- Ciudadanía de EE.UU
- Embarazo
- Matrícula escolar, toda persona entre 6 a 49 años
- Ingreso que comenzó o dejó de recibir recientemente
- Bienes (por ejemplo, dinero en efectivo, cuentas cheques/ahorros o de la unión de crédito, etc.)

Si necesita asistencia para obtener comprobantes, pregúntele a su especialista de DHS.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

TABLA DE CONTENIDO

Programas

Programa de Asistencia de Alimentos (FAP)	4
Hospitalización para Residentes del Condado (RCH)	4
Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC).....	4
Asistencia en Efectivo (FIP)/Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)	6
Asistencia del Estado para Incapacitados (SDA).....	6
Ayuda de Emergencia del Estado(SER)	7
Servicios para la Manutención de Niños.....	7
<i>Early On</i> ®	7
Programa de Energía del Hogar para Personas de Bajos Ingresos (LIHEAP).....	8
- Crédito por Gastos de Calefacción (HHC)	8
- Programa de Asistencia para la Impermeabilización del Hogar (WAP)	8

Cosas que Debe Hacer

Dar información Correcta y Reportar Cambios (Todos los Programas).....	8
--	---

Formulario de Registro	9
-------------------------------------	---

Cosas que Debe Hacer (Continuación)

Reembolsar los Beneficios Adicionales (Todos los Programas)	11
Proveer los Números de Seguro Social (La Mayoría de los Programas)	11
Buscar Otros Beneficios (La Mayoría de los Programas).....	11
Vacunar a los Niños Menores de 6 Años – Vacunarse (FIP)	11
Acciones de Manutención para Niños (La Mayoría de los Programas).....	11
Seguir las Leyes Laborales y Penalidades (FIP o RCA y FAP)	12
Aplazamientos de Reglas Laborales y Buena Causa (FIP o RCA y FAP).....	13

Datos importantes

Penalidades, Violación Intencional del Programa o Fraude (FAP, FIP, SDA, CDC)	14
Quejas Generales	15
Derechos a Audiencia	15
Si Usted Piensa que Discriminamos	15
Raza y Etnicidad	15
Ciudadanos y No-Ciudadanos/Números de Seguro Social	16
Personas con Incapacidades	16
Violencia Doméstica.....	16
Si Usted Recibe Beneficios Tribales	16
Tarjeta Bridge	16

Acuerdos de Reembolso

Sumas Totales y Beneficios Acumulados (SDA, FIP Financiado por el Estado)	17
---	----

Información De Su Hogar Que Se Compartirá

Información DHS Recibirá de Otros.....	17
Información DHS Compartirá con Otros	17

Referencias de Sitios de Internet	18
--	----

Publicaciones	18
----------------------------	----

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Programas

Programa de Asistencia de Alimentos (FAP)



FAP provee beneficios que se podrán usar para comprar alimentos (incluyendo semillas y plantas para cultivar sus propios alimentos) para su hogar. Personas de todas las edades podrán recibir FAP.

Usted puede ser elegible para beneficios de FAP si tiene:

- Ingreso bajo/ninguno.
- Pocos/ ningunos bienes.

Ingreso

La elegibilidad para FAP y la cantidad de beneficios se basan en el ingreso del hogar y el número de personas en su grupo FAP. Cuando analizamos su ingreso, hacemos algunas **deducciones** y consideramos los **gastos permitidos** (véase abajo).

Deducciones de los ingresos contables:

- 20 por ciento del ingreso del trabajo, y
- Una deducción estándar basada en el número de personas en su grupo FAP.

Gastos permitidos:

- Gastos médicos de más de \$35 al mes no pagados por un tercero (para personas con 60 o más años de edad, veteranos incapacitados o personas discapacitadas).
- Ciertos gastos del hogar y utilidades.

- Ciertos gastos de cuidado de niños y de personas discapacitadas.
- Manutención para niños por orden de la corte y que se le pague a alguien que no vive en el hogar.

Entiendo que el hecho de no informar o verificar alguno de los gastos enumerados se considerará como declaración, de que no quiero recibir una deducción por los gastos no informados ni verificados. Las verificaciones tienen que recibirse en un período de 10 días.

Si la calefacción se incluye en la renta, y usted recibe o espera recibir el crédito por gastos de calefacción, infórmelo en su solicitud de asistencia. Si no nos avisa del crédito, supondremos que **no** quiere recibir una deducción por los gastos de calefacción.

Requisitos del programa:

- **Seguir Las Leyes Laborales y Penalidades** - véase la página 12.
- **Servicios de Manutención para Niños** - véase la página 7.
- **Acciones de Manutención para Niños** - véase la página 11, 12.

Hospitalización para Residentes del Condado (RCH)



RCH ayuda a las personas de bajos ingresos que no pueden pagar su atención médica cuando son internados en el hospital.

Usted puede ser elegible para RCH si:

- Tiene bajo ingreso, y
- No es elegible para Medicaid, y

- No tiene otro seguro que pague su atención de la hospitalización.

Cada condado establece sus propias reglas de elegibilidad financiera.

Para más información, póngase en contacto con la oficina de DHS en su área.

Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)



CDC ayuda a pagar el costo del cuidado infantil. Usted puede ser elegible si es:

- Una familia de bajos ingresos.
- Un padre adoptivo temporal con licencia que solicita cuidado de los hijos adoptivos.
- Miembro de un caso de servicios de protección de DHS que participa en un plan de tratamiento.

- Una persona que recibe FIP/Programa de Asistencia en Efectivo Extendida (EFIP) o Ingreso Seguro Suplementario (SSI).
- Una persona que solicita FIP que hace una actividad requerida del programa de participación en el trabajo.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC) (continuación)



Usted deberá tener necesidad de cuidado infantil debido a:

- Trabajo.
- Clases para completar la preparatoria (incluyendo General Educational Development (GED), educación básica para adultos, e inglés como segundo idioma).
- Estudios o entrenamientos aprobados.
- Actividades de tratamiento aprobadas para un padecimiento de salud o social.

El cuidado infantil debe ser proporcionado en Michigan por:

- Centro infantil con licencia.
- Casa de cuidado en grupo con licencia.
- Casa de cuidado en familia registrada.
- Proveedor de cuidado infantil sin licencia inscrito en el DHS que haya completado la orientación *Great Start to Quality* y:
 - Que provea cuidado en el hogar del niño, o
 - que tenga relación sanguínea, matrimonio o por adopción como abuelo/bisabuelo, tío/tía abuelo, o hermano y provea cuidado en su propia casa.

Para hacer la solicitud para ser proveedor sin licencia, llene la solicitud en www.michigan.gov/childcare y siga las instrucciones que aparecen en la solicitud.

No se permite la inscripción si el proveedor, o un miembro adulto del hogar de 18 o más años de edad que viva con el proveedor, es culpable de ciertos crímenes o se encuentra en el registro central debido a abuso o negligencia de niños.

¿Cuánto dinero puede ganar y seguir siendo elegible?

Las personas que reciben FIP/EFIP, SSI, los padres adoptivos temporales con licencia, y las familias que reciben servicios de protección de niños son elegibles sin una determinación de ingreso. La elegibilidad para todas las demás familias se basa en su ingreso mensual bruto. Use la siguiente tabla para tener una idea si puede ser elegible.

Número de Grupo Familiar	Ingreso Mensual Bruto
1&2	\$0 - 1,607
3	\$0 - 1,990
4	\$0 - 2,367
5	\$0 - 2,746
6	\$0 - 3,123
7	\$0 - 3,500
8	\$0 - 3,877
9	\$0 - 4,254
10+	\$0 - 4,634

¿Qué es lo que paga DHS?

Pago de CDC

El monto del pago de CDC puede que no cubra todos los gastos de cuidado del niño. El Departamento paga una parte del costo del cuidado infantil para las familias aprobadas. Esta parte es el porcentaje de pago del departamento (DP %). El % del Departamento puede ser entre el 70% y el 100% de la tarifa de reembolso de CDC.

Las tarifas de reembolso actuales están disponibles a través del Internet en www.michigan.gov/childcare.

Usted es responsable de los gastos del cuidado de niños que no cubra el programa CDC.

Requisitos del programa:

- **Servicios de manutención del Niño** - véase la página 7.
- **Acciones de la Manutención del Niño** - véase la página 11, 12.

Recursos:

- Puede obtenerse más información sobre el programa CDC en línea en www.michigan.gov/childcare.
- Si necesita ayuda para encontrar un proveedor elegible de cuidado infantil, comuníquese con su Great Start to Quality Resource Center (Centro de Recursos de Great Start to Quality Resource Center) al 1-877-614-7328 o visite www.greatstartconnect.org.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Asistencia en Efectivo (FIP)

Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)



El propósito principal de los programas de asistencia en efectivo es ayudar a las familias hacerse independientes y autosuficientes.

- **FIP** es asistencia en efectivo temporal para familias de bajos ingresos con niños menores o mujeres embarazadas.
- **RCA** es asistencia temporal en efectivo para las personas recientemente admitidos a los Estados Unidos (EE.UU.) como refugiados.

Para calificar para FIP o para RCA, deberá tener:

- Bajos ingresos, y
- Bienes en efectivo de menos de \$3,000 y activos de propiedad de menos de \$250,000.

Usted puede ser elegible para FIP si no está recibiendo beneficios en efectivo de otro estado y usted:

- Está embarazada.
- Es padre/madre, tutor legal, o pariente que actúa como padre/madre de un niño menor de 18 años (o un estudiante de secundaria de 18 años de edad). Los menores entre 6 y 18 años tienen que asistir a la escuela a tiempo completo.

Límite de tiempo de FIP:

No puede recibir FIP durante más del límite federal de tiempo de 60 meses o el límite estatal de por vida de 48 meses, salvo que califique para un mes de excepción o exención. Esto incluye toda asistencia en efectivo que pueda haber recibido en otro estado. Los meses en que reciba EFIP pueden contar para la fecha límite de tiempo.

Se prohíbe usar FIP o RCA para comprar boletos de lotería, alcohol, productos de tabaco, para juegos y apuestas, actividades ilegales, salones de masajes, balnearios, tiendas de tatuajes, actividades de pago de fianzas, entretenimiento para adultos, viajes en cruceros, u otros asuntos no esenciales.

Usted puede ser elegible para RCA si:

- Es refugiado (o alguien que se considere refugiado) según el United States Citizenship and Immigration Services (USCIS).
- Hace menos de ocho meses de su fecha de entrada a los EE.UU., y
- No es elegible para FIP.

El cantidad de asistencia de FIP o RCA se basa en:

- El número de personas en su hogar.
- Los gastos de manutención para niños por orden de la corte y pagados por su hogar
- Ingresos totales.

Pagos de manutención para niños. Todos los meses en que usted reciba FIP, la manutención actual que cobremos en su nombre la retiene el estado. Si obtiene manutención en un mes en que recibe FIP, tiene que informarlo a su oficina local de DHS, y es posible que tenga que reembolsarlo. Si la manutención que cobramos es más que su asistencia de FIP durante al menos dos meses, podremos cerrar su caso de FIP, para que pueda obtener directamente los pagos de manutención para niños.

Requisitos del programa:

- **Seguir Las Leyes Laborales y Multas** - véanse las páginas 12, 13, 14.
- **Servicios de Manutención para Niños** - véanse las páginas 7.
- **Acciones de Manutención para Niños** - véanse las páginas 11, 12.
- **Vacunar a los Niños Menores de 6 Años – Vacunarse (FIP)** - véanse las páginas 11.

Asistencia del Estado para Discapacitados (SDA)



SDA provee asistencia en efectivo para satisfacer las necesidades básicas de una persona con una incapacidad, una persona que cuida a alguien con una discapacidad, o personas en un arreglo especial de vivienda.

Se prohíbe usar SDA para comprar boletos de lotería, alcohol, productos de tabaco, para juegos y apuestas, actividades ilegales, salones de masajes, balnearios, tiendas de tatuajes, actividades de pago de fianzas, entretenimiento para adultos, viajes en cruceros, u otros asuntos no esenciales.

Se considera que una persona está incapacitada por lo siguiente (los motivos de discapacidad pueden cambiar):

- Tener 65 o más años de edad.
- No poder trabajar por 90 días o más debido a una condición médica.
- Recibir Ingresos del Seguro Suplementario (SSI) o beneficios de Incapacidad del Seguro Social.
- Recibir asistencia médica con base en incapacidad o ceguera.

- Recibir servicios de educación especial.
- Recibir Michigan Rehabilitation Services
- Haber recibido un diagnóstico de SIDA.
- Vivir en un hogar de cuidado temporal para adultos, un asilo de ancianos, una enfermería del condado, o un centro de tratamientos para abuso de drogas.

Usted puede ser elegible para SDA si no es elegible para FIP y reúne alguna de las siguientes condiciones (los motivos de discapacidad pueden cambiar):

- Tiene 65 o más años de edad.
- Está permanente o temporalmente incapacitado.
- Atiende a una persona con una incapacidad que vive con usted.

Y usted tiene:

- Bienes en efectivo de menos de \$3,000 y bienes de propiedad de menos de \$250,000 y
- Bajos ingresos (límites diferentes para personas solteras y casadas).

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Ayuda de Emergencia del Estado(SER)



SER provee asistencia limitada a hogares que tienen bajos ingresos y que tienen una emergencia. SER ayuda a prevenir el daño serio a las personas y familias que tengan una emergencia que amenace su salud o seguridad.

Usted puede ser elegible para SER si:

- Tiene bajos ingresos y bienes limitados.
- La situación de emergencia no es probable que ocurra de nuevo (ejemplo: ayuda con los pagos de renta o hipoteca, tiene que mostrar que tiene suficiente ingreso para pagar los gastos de vivienda en el futuro).
- Usted ha hecho ciertos pagos requeridos en sus facturas de vivienda, calefacción, electricidad y/o servicios públicos.
- El cantidad que necesita está dentro de nuestras posibilidades.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Pagos de reubicación para evitar o eliminar la falta de hogar.*
- Pagos de hipoteca, seguro y/o impuestos sobre la propiedad para evitar la confiscación, ejecución hipotecaria o venta debido a impuestos.*
- Reparaciones limitadas de casa.
- Facturas de calefacción, electricidad y servicios públicos.
- Costos de entierro.
- * *DHS colabora con Salvation Army para dar vivienda de emergencia en todo el estado.*

La cantidad de asistencia que puede recibir depende del número de personas en su hogar, su ingreso, bienes, el tipo de servicio solicitado y otros factores.

Servicios para la Manutención de Niños

La Oficina de Manutención del Niño (OCS) es parte de DHS y es responsable del programa de manutención para niños en Michigan. La OCS colabora con la fiscalía (PA), Friend of the Court (FOC) y agencias en otros estados.

La meta de OCS es garantizar que los padres mantengan a sus hijos. La manutención para niños puede incluir:

- Dinero en efectivo para la vida diaria.
- Beneficios de salud y/o educación.
- Pago de costos de cuidado de niños.

Los servicios de manutención para niños pueden ayudar a:

- Localizar a los padres de un menor.
- Establecer a un padre legal de un menor por:
 - Documentos de paternidad voluntarios.
 - Acción de la corte para establecer la paternidad.
- Establecer una orden del juez para apoyar las necesidades financieras y médicas del menor.

Usted tiene que cooperar con los servicios de manutención para niños si:

- Uno o ambos padres del niño no viven en el hogar
- Usted recibe servicios de cuidado infantil, alimentos o dinero en efectivo por parte de DHS.

Usted no tiene que recibir ayuda de DHS para solicitar servicios de manutención del niño.

Para solicitar servicios, llene la *Solicitud Para Servicios de Manutención IV-D/Recomendación (DHS-1201-SP)*:

- Imprima una forma DHS-1201 de la página de Internet de DHS en www.michigan.gov/dhs-forms
- Llame a la OCS al teléfono 866-540-0008.
- Envíe una solicitud por escrito a:

**Office of Child Support
Case Management Unit
P.O. Box 30750
Lansing, MI 48909-8250**

Devuelva la forma DHS-1201 completada al DHS en su área local, a la PA o al FOC local, o a la dirección arriba indicada.

Early On®

Early On coordina los servicios para las familias que tienen hijos de edad 0 (nacimiento) a 3 años con una incapacidad, con retraso en el desarrollo u otra condición médica de ese tipo.

Para averiguar si su niño es elegible, llame a *Early On* al **800-EarlyOn (327-5966)** o en línea en www.1800earlyon.org. Un coordinador de *Early On* en su condado podrá:

- Informarle si el niño es elegible.
- Ayudarlo a decidir si desea recibir servicios de *Early On* para su hijo.

No hay costo alguno por una evaluación de elegibilidad para *Early On*.

Los servicios de Early On pueden incluir: • servicios de evaluación • audiología • servicios médicos de diagnóstico • identificación temprana • capacitación de habilidades familiares • servicios de salud • visitas a domicilio • servicios de enfermería • consejería nutricional • terapia ocupacional • patología • servicios psicológicos • reconocimientos • coordinación de servicios • servicios de asistencia social • equipos especiales • instrucciones especiales • terapia del habla • transporte • terapia (familiar, grupal, individual) • servicios de la vista.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Programa de Energía del Hogar para Personas de Bajos Ingresos (LIHEAP)

LIHEAP consiste en dinero federal que se entrega a cada estado para ayudar a las personas y familias de bajos ingresos con los gastos de calefacción. En Michigan, ese dinero se usa para los siguientes programas:

- Crédito para la Calefacción del Hogar (HHC).
- Ayuda de Emergencia del Estado (SER) – véase la página 7.
- Programa de Asistencia para la Impermeabilización del Hogar (WAP).

No existe una solicitud por separado para LIHEAP.

Crédito para la Calefacción del Hogar (HHC)

El HHC está disponible a **todos** los hogares de bajos ingresos, incluso a aquellos cuya renta incluye calefacción. El Michigan Department of Treasury determina la elegibilidad y hace los pagos.

Las solicitudes para el HHC están disponibles en el Department of Treasury y en lugares que tengan disponibles las formas fiscales (en línea en www.michigan.gov/treasury, selecciones Income Tax Forms de la Treasury Quick List en la página principal). No tiene que presentar una declaración de impuestos estatal para recibir el HHC. La elegibilidad se basa en el ingreso, el número de exenciones fiscales y los costos de calefacción del hogar.

Programa de Asistencia para la Impermeabilización del Hogar (WAP)

WAP es un programa de conservación de energía residencial para familias de bajos ingresos, financiado con fondos federales, y disponible a propietarios y arrendatarios de bajos ingresos en Michigan. Estos servicios reducen el uso de la energía y bajan las facturas de servicios públicos. Dichos servicios pueden incluir:

- Aislamiento y ventilación del ático.
- Aislamiento de paredes.
- Aislamiento de cimientos.
- Detectores de humo.
- Ventilación de la secadora de ropa.
- Reducción de fugas de aire.

Solicitudes para WAP están disponibles en su oficina de impermeabilización local.

Recursos:

- **LIHEAP** - llame gratis a la Línea de Asistencia de DHS al 855-275-6424 (855-ASK-MICH).
- **HHC** - www.michigan.gov/heatingassistance o llamar al Michigan Department of Treasury al 517-636-4486.
- **Impermeabilización** - www.michigan.gov/heatingassistance.

Cosas que Usted Debe Hacer

Al firma la solicitud de asistencia, usted está de acuerdo en hacer lo siguiente:

Dar Información Correcta y Reportar Cambios (todos los programas)

Información correcta. Tiene que dar al DHS, información correcta y completa sobre usted y todas las personas en su hogar.

Si usted nos da información incorrecta o incompleta a propósito, o no reporta un cambio, es posible que se procese por perjurio o fraude, o se le nieguen los beneficios. (Véase, “Penalizaciones, Violación del Programa Intencional o Fraude” en la página 14, para más información).

Reportando cambios. Informe a su especialista de DHS sobre los cambios o reportelos en línea dentro de los 10 días del cambio.* Si tiene alguna duda sobre si hay que reportar un cambio, contacte a su especialista de DHS. Su especialista de DHS le explicará si hay diferentes reglas que aplican en su caso, tales como reportes simples.

Los tipos de cambios que tiene que reportar son:

- Inicio y paro de empleo (dentro de los 10 días de recibo de su primer/último pago) o cambios de empleo.
- Un cambio en la tarifa de pago (dentro de los 10 días al recibo del primer pago que refleje el cambio).
- Cuentas de banco (apertura/cambio/cierre), venta/compra de propiedad, etc.

- Cambio de horas de trabajo de más de cinco horas por semana, si esto durará más de un mes.
- Ingreso no salarial, inicio y paro de ingreso (como Seguro Social, Beneficios por Desempleo o Jubilación, etc.).
- Ingreso no salarial por más de:
 - **\$50** al mes para la mayoría de los programas.
- Cambio en bienes.
- Cambio de dirección.
- Costos de vivienda o servicios públicos que paran, empiezan o cambian
- Toda persona que se mude o desaloje su casa.
- Cambios en la necesidad del cuidado infantil, costos o proveedor.
- Cambios en la cantidad pagada o recibida de manutención para niños.
- Primas de seguro médico o de salud y cambio de cobertura.
- Cambios en la asistencia escolar de un niño.

Si se declaró en bancarota, tendrá que enviar una copia del aviso oficial de bancarota a: DHS, Legal Services, P.O. Box 30037, Suite 715, Lansing, MI 48909.

* Excepción: Solo para FIP, debe informar cuando un niño deje el hogar dentro de los cinco días desde la fecha en que sepa que estará ausente durante 30 días o más.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Programa de Asistencia de Alimentos Rápida Siete Días de Proceso



- ¿Todas las personas en el hogar compra y preparan la comida juntos? Sí No
Si no, indique quien no participa _____
- ¿Cuál es el total de bienes en efectivo del hogar?
(Incluya dinero en efectivo, cuenta de ahorros, cuenta de cheques, bono de ahorros, etc.) \$ _____
- ¿Cuál es el total de ingreso bruto mensual (antes de deducciones como impuestos) de su hogar?
(Incluya salarios, beneficios de desempleo, manutención para niños, beneficios de Seguro Social, etc.) \$ _____
- ¿Recibe alguien en su hogar beneficios de una tribu de distribución de alimentos? Sí No
En caso que sí, indique quién _____
- ¿Cuál es la cantidad total que paga de renta mensual y/o hipoteca, impuestos de la propiedad, seguro de casa, etc.? \$ _____
- ¿Paga la calefacción? Sí No
- ¿Paga el aire acondicionado (incluyendo aire acondicionado de cuarto)? Sí No
- Si no paga calefacción ni aire acondicionado, indique qué servicios paga:
 Electricidad no-calefacción Agua/alcantarillado
 Teléfono Gas para cocinar Basura

9. ¿Es alguien en su hogar trabajador agrícola migratorio o temporal?

Sí ▶ **Llene la siguiente tabla.** No

¿Ha recibido alguien algún ingreso del mismo agricultor en los 30 días antes de la fecha de solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la persona(s):	Fecha	Monto de pago bruto
¿Espera alguien recibir más ingreso este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la persona(s):		
¿Ha recibido alguien un anticipo para viajes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la persona(s):		
¿Ha perdido alguien recientemente su única fuente de ingreso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la persona(s):	Última fecha de pago	Monto de pago bruto

10. Nombre de todos los miembros del hogar

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

	□□□/□□□/□□□□	□□□□-□□-□□□□
	□□□/□□□/□□□□	□□□□-□□-□□□□
	□□□/□□□/□□□□	□□□□-□□-□□□□
	□□□/□□□/□□□□	□□□□-□□-□□□□
	□□□/□□□/□□□□	□□□□-□□-□□□□

11. ¿Necesita más páginas? Sí No

For office use only	Date application received in local office	Case name	
		Application number	Case number
		Specialist name	
		Specialist phone	Fax
		Specialist email	

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Solicitud de Asistencia

Michigan Department of Human Services (DHS)

Instrucciones



- **Si responde todas las preguntas de la solicitud de asistencia, podremos determinar si es elegible para TODOS los programas. Por favor, use letra de molde para sus respuestas.**
- **Marque TODOS los programas que está solicitando. Los siguientes símbolos de los programas aparecen en cada sección de preguntas de la solicitud. Estos símbolos le indican qué preguntas tiene que contestar para cada programa. Para más información sobre los programas, vea el Folleto de Información.**



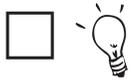
Programa de Asistencia de Alimentos (FAP).



Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC) (ayuda con los gastos para el cuidado de niños).



Programa de Asistencia en Efectivo (FIP – Programa de Asistencia en Efectivo, RCA – Programa de Asistencia en Efectivo para Refugiados, SDA – Asistencia del Estado para Incapacitados) (ayuda con dinero en efectivo para mujeres embarazadas, familias con niños, refugiados, adultos incapacitados, personas que cuidan adultos incapacitados que viven en su hogar o residentes en una vivienda con arreglos especiales).



Ayuda de Emergencia del Estado (SER) (corte de servicios públicos, aviso de desalojo, entierro u otra emergencia).

NOTA: Puede hacer la solicitud en línea www.michigan.gov/mibridges o llenar la forma DHS-1514, Solicitud de Asistencia de Emergencia del Estado, disponible en www.michigan.gov/dhs-forms o en su oficina local de DHS.

Si no puede llenar toda la solicitud hoy, puede llenar la forma de archivo en la página anterior de este folleto de información o en línea en www.michigan.gov/mibridges o en www.michigan.gov/dhs-forms. La fecha en que DHS reciba su solicitud de asistencia o forma de archivo puede afectar la fecha de inicio de sus beneficios. DHS todavía tendrá que recibir su solicitud de asistencia completa antes de ser aprobado cualquier beneficio.

If you need help filling out this application, DHS must help you. If you are refused help, you may call 855-275-6424.

1. If you do not speak English or you have a disability, how can we help you?
 Interpreter Sign language Assisted listening device (ALD) Other _____
2. If you do not speak English, what language do you speak? _____

Si usted necesita ayuda para llenar esta solicitud, DHS debe ayudarlo. Si ellos le niegan la ayuda, puede llamar a 855-275-6424.

1. ¿Si no habla inglés o tiene una incapacidad, como podemos ayudarlo?
 Intérprete Lengua de Signos Dispositivo vivo asistido (ALD) Otro _____
2. ¿Si usted no habla inglés, qué idioma habla? _____

ان تميز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services - DHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو ل، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصور الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات لسياسية، أو الإعاقة والعجز. إن كنت تحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة والسمع،... إلخ، ندعوك أن تجعل احتياجاتك معروفة لدى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها عملاً بقانون الأمريكيين المعاقين (Americans With Disabilities Act).

For office use only

Date application received in local office

Case name

Application number

Case number

Specialist name

Specialist phone

Fax

Specialist email

A. Información de Dirección



1. **Marque dónde vive:** Casa/apartamento/casa móvil Sin hogar Otro _____

Si vive en una institución o tiene un arreglo de vivienda especial, o ha vivido en uno de estos en los últimos tres meses, marque a continuación qué tipo:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hogar para ancianos | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Cárcel/prisión | <input type="checkbox"/> Centro residencial juvenil |
| <input type="checkbox"/> Casa de grupo para niños | <input type="checkbox"/> Enfermería del condado | <input type="checkbox"/> Vivienda/refugio de emergencia | <input type="checkbox"/> Centro comunitario de justicia |
| <input type="checkbox"/> Casa de cuidado temporal para adultos | <input type="checkbox"/> Centro de enfermería | <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento para drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> Albergue de violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Casa de huéspedes | <input type="checkbox"/> Institución psiquiátrica o de salud mental | | <input type="checkbox"/> Casa de rehabilitación social |
| | | | <input type="checkbox"/> Vivienda con asistencia |

¿En qué fecha espera salir, o en qué fecha salió de la institución?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- No sé la fecha
 No aplica

Nombre de la institución _____

2. **Dirección donde vive, o de la institución** (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote)

--

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

3. **Dirección postal** (si es diferente de arriba o apartado de correos)

--

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

4. **Teléfono en casa**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de teléfono para dejar un mensaje

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de teléfono (TTY)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono celular

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿De quién es el número? (nombre/relación)

--

Dirección de correo electrónico

--

Teléfono del trabajo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. ¿Se ha cambiado, o recibió ayuda, de otro estado en algún momento después de agosto de 1996? Sí No

En caso que sí, ¿qué estado? _____ ¿Qué condado? _____

Fecha(s) en que recibió asistencia de otro estado _____ ¿Qué tipo de asistencia? _____

Fecha que se cambió a MI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de su trabajador del caso

--

Número de teléfono del trabajador

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. ¿Tienen usted y su hogar intención de quedarse en Michigan (MI)? Sí No

7. ¿Vino usted o alguien de su familiar a MI con compromiso de trabajo o en busca de trabajo? Sí No

8. Si usted es trabajador agrícola migratorio o temporal, anote aquí su dirección permanente de correo.

Dirección permanente de correo (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote)

--

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

B. Información de Asistencia de Alimentos



- ¿Todas las personas en el hogar compran y preparan la comida juntos? Sí No
Si no, indique quién no lo hace _____
- ¿Cuál es la cantidad total de bienes en efectivo que pertenece a su hogar?
(Incluya dinero en efectivo, cuenta de ahorros, de cheques, bonos de ahorros, etc.) \$ _____
- ¿Cuánto es el total de ingreso bruto por mes (antes de deducciones) de su hogar?
(Incluya ingresos, beneficio de desempleo, manutención de niños, beneficios de Seguro Social, etc.) _____ \$
- ¿Hay alguien en su hogar que recibe beneficios de distribución de alimentos de una tribu? Sí No
En caso que sí, quién _____
- Si es estudiante universitario, ¿vive en un dormitorio o tiene un plan de comidas? Sí No

C. Información sobre Usted y su Hogar



- **Responda por TODAS las personas en su hogar (todos los que viven en el hogar). Incluya a las personas que no están allí todo el tiempo, aun si no está solicitando para ellos. ANOTE SU INFORMACIÓN PRIMERO.**
- **Si usted es extranjero con un patrocinador que ha aceptado apoyarle económicamente, aun si no lo está haciendo, incluya la información del patrocinador en uno de los siguientes recuadros.**
- **Hay espacios disponibles para cinco personas más en su hogar en las cinco páginas siguientes. ¿Necesita más páginas para su hogar?** Sí No

Respuesta para persona 1. Marque todos los recuadros que apliquen.

- Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es otro) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con usted
YO MISMO
- Masculino Femenino 5. Número de Seguro Social* -
- Estado civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
- ¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? Sí No **Si no es, y es extranjero documentado, indique su fecha de entrada: _____
Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____
(condado, ciudad, estado)
- Embarazada ahora/últimos dos meses Sí No En caso que sí, ▶ Fecha prevista de parto/ fin de embarazo / /
Número esperado/que tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
- Último grado que terminó la escuela _____ Recibió GED Turno completo Medio turno
 Menos de medio turno
- ¿Estudia actualmente? Sí No En caso que sí, ▶ Nombre de escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otra
- Origen étnico (opcional) Hispano/Latino No Hispano/Latino
- Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Escriba nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawai/otras islas del Pacífico Blanco
- ¿Está la persona en alguna de las siguientes clasificaciones? (marque todo lo que aplique) Refugiado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador agrícola migratorio Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Ausente temporalmente (colegio, ejército, etc.)
 Trabajador agrícola temporal Niño adoptivo Tutor sin parentesco Ninguna aplica a esta persona
- Si la persona actualmente está fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
- ¿Cuántos días al mes se queda esta persona en la dirección de la solicitud? _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección _____
(número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, código postal)
- ¿Qué clase de ayuda necesita esta persona? Alimentos Ayuda de Emergencia
 Cuidado del niño Asistencia de Dinero en Efectivo Ninguna (no solicita)

* Opcional si ÚNICAMENTE solicita cuidado de niños. ** Aplica solo a solicitantes de FIP, RCA y FAP.

*** Para FAP, consulte las páginas 10 y 14 de este folleto.

Conteste para persona 2. Marque todos los recuadros que apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es otro) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con usted _____
4. Masculino Femenino 5. Número de Seguro Social* - -
6. Estado civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
7. ¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? Sí No **Si no es, y es extranjero documentado, indique su fecha de entrada: _____
Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____
(condado, ciudad, estado)
8. Embarazada ahora/últimos dos meses Sí No Fecha prevista de parto/ fin de embarazo / /
Número esperado/que tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó la escuela _____ Recibió GED Turno completo Medio turno
 Menos de medio turno
10. ¿Estudia actualmente? Sí No En caso que sí, ▶ Nombre de escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otra
11. Origen étnico (opcional) Hispano/Latino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Escriba nombre de tribu _____
 Asiático Nativo de Hawai/otras Islas del Pacífico Negro/Afroamericano Blanco
13. ¿Está la persona en alguna de las siguientes clasificaciones? (marque todo lo que aplique) Refugiado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador agrícola migratorio Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Ausente temporalmente (colegio, ejército, etc.)
 Trabajador agrícola temporal Niño adoptivo Tutor sin parentesco Ninguna aplica a esta persona
14. Si la persona actualmente está fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
15. ¿Cuántos días al mes se queda esta persona en la dirección de la solicitud _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección? _____
(número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, código postal)

17. Si esta persona es menor de 22 años, llene esta sección:

¿Quién pagó los gastos de nacimiento del niño Estado Padres Otra persona

¿Cuál era el estado civil de la madre durante el embarazo de este niño? _____

Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Matrimonio ___/___/___ Fecha de Separación ___/___/___ Fecha de Divorcio ___/___/___

Orden/condado/estado: _____ Orden/condado/estado: _____

Si era soltera, Fecha de Concepción ___/___/___ Ciudad: _____ Estado ___ País _____

¿Tiene una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como padre? Sí No

En caso que sí, # de orden/AOP _____ Fecha ___/___/___ Ciudad: _____ Estado ___ País _____

En caso que no, ¿hay más de un padre posible? Sí No, En caso que Sí, **Alto**

Si no se le indica alto, llene lo siguiente para cada padre:

Padre

Madre

Nombre (primer, inicial, apellido) _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ NSS _____

Nombre (primer, inicial, apellido) _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ NSS _____

Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____

Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____

¿Vive en la casa? Sí No

¿Vive en la casa? Sí No

¿Falleció? Sí No

¿Falleció? Sí No

¿Es este el mismo padre descrito para otro niño anterior?

¿Es esta la misma madre descrita para otro niño anterior?

Sí, nombre: _____ No

Sí, nombre: _____ No

¿Es padre adoptivo soltero? Sí No

¿Es madre adoptiva soltera? Sí No

¿Ha cancelado la corte sus derechos? Sí No

¿Ha cancelado la corte sus derechos? Sí No

En caso que Sí a alguna pregunta anterior, **alto**. Si no:

En caso que Sí a alguna pregunta anterior, **alto**. Si no:

¿Existe una orden de manutención que lo nombre para este menor?

¿Existe una orden de manutención que la nombre para este menor?

Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____

Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____

Ultimo Empleador conocido y dirección _____

Ultimo Empleador conocido y dirección _____

Mes/año del último trabajo ___/___

Mes/año del último trabajo ___/___

Estatura ___ Peso ___ Color de pelo ___ Color de ojos ___

Estatura ___ Peso ___ Color de pelo ___ Color de ojos ___

Origen étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Origen étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)

Asiático Nativo de Hawai/Islas del Pacífico

Asiático Nativo de Hawai/Islas del Pacífico

Negro/Afroamericano Blanco

Negro/Afroamericano Blanco

Seguro médico del padre que cubre a este menor:

Seguro médico de la madre que cubre a este menor:

Compañía de seguros _____ # Póliza _____

Compañía de seguros _____ # Póliza _____

* Opcional si ÚNICAMENTE solicita cuidado infantil. ** Aplica solo a solicitantes de FIP, RCA y FAP.

*/** Para FAP, véanse las páginas 10 y 14 de este folleto.

Conteste para persona 3. Marque todos los recuadros que apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es otro) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con usted _____

4. Masculino Femenino
5. Número de Seguro Social* - -
6. Estado civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
7. ¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? Sí No **Si no es, y es extranjero documentado, indique su fecha de entrada: _____
Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____ (condado, ciudad, estado)
8. Embarazada ahora/últimos dos meses Sí No Fecha prevista de parto/ fin de embarazo / /
Número esperado/que tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó la escuela _____ Recibió GED Turno completo Medio turno
 Menos de medio turno
10. ¿Estudia actualmente? Sí No En caso que sí, ▶ Nombre de escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otra
11. Origen étnico (opcional) Hispano/Latino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Escriba nombre de tribu _____
 Asiático Nativo de Hawai/otras Islas del Pacífico Negro/Afroamericano Blanco
13. ¿Está la persona en alguna de las siguientes clasificaciones? (marque todo lo que aplique) Refugiado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador agrícola migratorio Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Ausente temporalmente (colegio, ejército, etc.)
 Trabajador agrícola temporal Niño adoptivo Tutor sin parentesco Ninguna aplica a esta persona
14. Si la persona actualmente está fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
15. ¿Cuántos días al mes se queda esta persona en la dirección de la solicitud _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección? _____ (número, calle, ruta rural, apartamento/ número de lote, ciudad, estado, código postal)

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Alimentos Ayuda de Emergencia
 Cuidado de niños Asistencia de Dinero en Efectivo Ninguna (no solicita)

17. Si esta persona es menor de 22 años, llene esta sección:
¿Quién pagó los gastos de nacimiento del niño Estado Padres Otra persona
¿Cuál era el estado civil de la madre durante el embarazo de este niño? _____
Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Matrimonio ___/___/___ Fecha de Separación ___/___/___ Fecha de Divorcio ___/___/___
Orden/condado/estado: _____ Orden/condado/estado: _____
Si era soltera, Fecha de Concepción ___/___/___ Ciudad: _____ Estado ___ País _____
¿Tiene una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como padre? Sí No
En caso que sí, # de orden/AOP _____ Fecha ___/___/___ Ciudad: _____ Estado ___ País _____
En caso que no, ¿hay más de un padre posible? Sí No, En caso que Sí, **Alto**
Si no se le indica alto, llene lo siguiente para cada padre:

Padre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
_____	___/___/___	_____
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es este el mismo padre descrito para otro niño anterior?		
<input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es padre adoptivo soltero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no:		
¿Existe una orden de manutención que lo nombre para este menor?		
# Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____		
Ultimo Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ___/___		
Estatura ___ Peso ___ Color de pelo ___ Color de ojos _____		
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)		
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico del padre que cubre a este menor:		
Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

Madre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
_____	___/___/___	_____
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es esta la misma madre descrita para otro niño anterior?		
<input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es madre adoptiva soltera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no:		
¿Existe una orden de manutención que la nombre para este menor?		
# Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____		
Ultimo Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ___/___		
Estatura ___ Peso ___ Color de pelo ___ Color de ojos _____		
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)		
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico de la madre que cubre a este menor:		
Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

* Opcional si ÚNICAMENTE solicita cuidado infantil. ** Aplica solo a solicitantes de FIP, RCA y FAP.
*** Para FAP, véanse las páginas 10 y 14 de este folleto.

Respuesta para persona 4. Marque todos los recuadros que apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es otro) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con usted _____

4. Masculino Femenino
5. Número de Seguro Social* - -
6. Estado civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
7. ¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? Sí No **Si no es, y es extranjero documentado, indique su fecha de entrada: _____
Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____ (condado, ciudad, estado)
8. Embarazada ahora/últimos dos meses Sí No Fecha prevista de parto/ fin de embarazo / /
Número esperado/que tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó la escuela _____ Recibió GED Turno completo Medio turno
 Menos de medio turno
10. ¿Estudia actualmente? Sí No En caso que sí, ▶ Nombre de escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otra
11. Origen étnico (opcional) Hispano/Latino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Escriba nombre de tribu _____
 Asiático Nativo de Hawai/otras Islas del Pacífico Negro/Afroamericano Blanco
13. ¿Está la persona en alguna de las siguientes clasificaciones? (marque todo lo que aplique) Refugiado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador agrícola migratorio Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Ausente temporalmente (colegio, ejército, etc.)
 Trabajador agrícola temporal Niño adoptivo Tutor sin parentesco Ninguna aplica a esta persona
14. Si la persona actualmente está fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
15. ¿Cuántos días al mes se queda esta persona en la dirección de la solicitud _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección? _____ (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, código postal)

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Alimentos Ayuda de Emergencia
 Cuidado de niños Asistencia de Dinero en Efectivo Ninguna (no solicita)

17. Si esta persona es menor de 22 años, llene esta sección:
¿Quién pagó los gastos de nacimiento del niño Estado Padres Otra persona
¿Cuál era el estado civil de la madre durante el embarazo de este niño? _____
Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Matrimonio ___/___/___ Fecha de Separación ___/___/___ Fecha de Divorcio ___/___/___
Orden/condado/estado: _____ Orden/condado/estado: _____
Si era soltera, Fecha de Concepción ___/___/___ Ciudad: _____ Estado ___ País _____
¿Tiene una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como padre? Sí No
En caso que sí, # de orden/AOP _____ Fecha ___/___/___ Ciudad: _____ Estado ___ País _____
En caso que no, ¿hay más de un padre posible? Sí No, En caso que Sí, **Alto**
Si no se le indica alto, llene lo siguiente para cada padre:

Padre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es este el mismo padre descrito para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es padre adoptivo soltero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no:		
¿Existe una orden de manutención que lo nombre para este menor? # Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____		
Ultimo Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ___/___		
Estatura ___ Peso ___ Color de pelo ___ Color de ojos _____		
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico del padre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

Madre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es esta la misma madre descrita para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es madre adoptiva soltera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no:		
¿Existe una orden de manutención que la nombre para este menor? # Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____		
Ultimo Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ___/___		
Estatura ___ Peso ___ Color de pelo ___ Color de ojos _____		
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico de la madre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

* Opcional si ÚNICAMENTE solicita cuidado infantil. ** Aplica solo a solicitantes de FIP, RCA y FAP.
*/** Para FAP, véanse las páginas 10 y 14 de este folleto.

Respuesta para persona 5. Marque todos los recuadros que apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es otro) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con usted _____

4. Masculino Femenino 5. Número de Seguro Social* --
6. Estado civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
7. ¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? Sí No **Si no es, y es extranjero documentado, indique su fecha de entrada: _____
Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____ (condado, ciudad, estado)
8. Embarazada ahora/últimos dos meses Sí No Fecha prevista de parto/ fin de embarazo //
Número esperado/que tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó la escuela _____ Recibió GED Turno completo Medio turno
 Menos de medio turno
10. ¿Estudia actualmente? Sí No En caso que sí, ▶ Nombre de escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otra
11. Origen étnico (opcional) Hispano/Latino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Escriba nombre de tribu _____
 Asiático Nativo de Hawaii/otras Islas del Pacífico Negro/Afroamericano Blanco
13. ¿Está la persona en alguna de las siguientes clasificaciones? (marque todo lo que aplique) Refugiado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador agrícola migratorio Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Ausente temporalmente (colegio, ejército, etc.)
 Trabajador agrícola temporal Niño adoptivo Tutor sin parentesco Ninguna aplica a esta persona
14. Si la persona actualmente está fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
15. ¿Cuántos días al mes se queda esta persona en la dirección de la solicitud _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección? _____ (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, código postal)

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Alimentos Ayuda de Emergencia
 Cuidado de niños Asistencia de Dinero en Efectivo Ninguna (no solicita)

17. Si esta persona es menor de 22 años, llene esta sección:
¿Quién pagó los gastos de nacimiento del niño Estado Padres Otra persona
¿Cuál era el estado civil de la madre durante el embarazo de este niño? _____
Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Matrimonio __/__/__ Fecha de Separación __/__/__ Fecha de Divorcio __/__/__
Orden/condado/estado: _____ Orden/condado/estado: _____
Si era soltera, Fecha de Concepción __/__/__ Ciudad: _____ Estado _____ País _____
¿Tiene una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como padre? Sí No
En caso que sí, # de orden/AOP _____ Fecha __/__/__ Ciudad: _____ Estado _____ País _____
En caso que no, ¿hay más de un padre posible? Sí No, En caso que Sí, **Alto**
Si no se le indica alto, llene lo siguiente para cada padre:

Padre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es este el mismo padre descrito para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es padre adoptivo soltero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que lo nombre para este menor? # Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____ Ultimo Empleador conocido y dirección _____ Mes/año del último trabajo __/__/__ Estatura _____ Peso _____ Color de pelo _____ Color de ojos _____ Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco Seguro médico del padre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

Madre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es esta la misma madre descrita para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es madre adoptiva soltera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que la nombre para este menor? # Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____ Ultimo Empleador conocido y dirección _____ Mes/año del último trabajo __/__/__ Estatura _____ Peso _____ Color de pelo _____ Color de ojos _____ Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco Seguro médico de la madre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

* Opcional si ÚNICAMENTE solicita cuidado infantil. ** Aplica solo a solicitantes de FIP, RCA y FAP.
**/* Para FAP, véanse las páginas 10 y 14 de este folleto.

D. Miembros del Hogar Menores de 22 años de Edad

¿Necesita más páginas? Sí No



Anote la(s) personas menor(es) de 22 años del Hogar	Anote nombre del padre/madre (primero, inicial, apellido)	Marque si padre/madre es difunto	Si la persona menor de 22 años no vive con un padre, ¿con quién vive?	Marque los recuadro(s) si: • Los padres estuvieron casados alguna vez. • La paternidad fue legalmente establecida. • La manutención es por orden de la corte.																																																																						
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco						
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco														
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																						
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																														
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																																						
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																																														
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																																																						
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																																																														
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																																																																							

F. Información Médica

¿Necesita más páginas?

Sí

No



Los solicitantes de FAP solo tienen que responder las preguntas 6, 8 y 9.

1. Anote a toda persona en su hogar que sea víctima de violencia doméstica _____ Ninguno
2. Anote a todo niño de 6 años de edad que no esté al día con sus inmunizaciones (vacunas) _____ Ninguno
3. Anote a todo niño en un programa *Early On*® _____ Ninguno
Nombre y número de teléfono de coordinador de *Early On*® _____
4. Anote a alguien que esté o haya estado en una clase de educación especial _____ Ninguno
Nombre y número de teléfono de escuela _____
5. Anote a alguien que vaya a un programa de tratamiento para alcohol o drogas _____ Ninguno
6. Anote a todo el que trabaja con Michigan Rehabilitation Services _____ Ninguno
Nombre y número de teléfono de consejero de Michigan Rehabilitation Services _____
7. Anote alguien que cuida a un niño, cónyuge, u otra persona con una incapacidad en la casa _____ Ninguno
8. ¿El cuidador puede y está disponible para trabajar además de cuidar a la persona? Sí No

9. Anote a cualquier persona que solicita asistencia que no puede física o mentalmente trabajar tiempo completo Ninguna

Persona	Condición médica	¿Puede trabajar esta persona?	
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

G. Cobertura Médica



¿Alguien en su hogar que tiene o espera tener cobertura médica (aparte de Medicaid)?

Sí No **▶ Marque que tipo de cobertura y complete la tabla de abajo.**

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro de salud/hospital (empleador, padres, etc.) | <input type="checkbox"/> Accidente (seguro de casa, etc.) | <input type="checkbox"/> Compensación del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> MICHild | <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros de salud |
| | <input type="checkbox"/> Plan/contrato (contrato de cuidado de vida, etc.) | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

Persona cubierta	Nombre y dirección de compañía de seguro	Reclamación, números de contrato/grupo, fecha de vigencia

H. Información de Bienes

¿Necesita más páginas? Sí No



1. ¿Tiene alguien de su hogar bienes? (incluya los bienes que posea con otra persona)

Sí ▶ Marque todos los tipos de bienes que tiene su hogar y llene la siguiente tabla. No

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuentas cheques/ahorros | <input type="checkbox"/> Cuentas de mercado monetario | <input type="checkbox"/> IRA, KEOGH, 401K, o cuentas de compensación diferida |
| <input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Cuentas de club de Navidad | <input type="checkbox"/> Bienes raíces / inmuebles |
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo o caja de depósito | <input type="checkbox"/> Bonos de ahorro, acciones o fondos mutuos | <input type="checkbox"/> Bienes raíces / inmuebles (sin incluir donde usted vive) |
| <input type="checkbox"/> Fideicomiso o anualidades | <input type="checkbox"/> Contrato de terreno, hipoteca, u otros pagarés a favor de miembro de núcleo familiar | <input type="checkbox"/> Herramientas/equipos, ganado/cultivos |
| <input type="checkbox"/> Patrimonio de vida | <input type="checkbox"/> Terreno de cementerio, ataúd, etc. | <input type="checkbox"/> Ganancias de lotería/apuestas |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida | <input type="checkbox"/> Fondo de fideicomiso para pacientes | |
| <input type="checkbox"/> Fideicomiso de entierro / contrato para funeral | <input type="checkbox"/> Otro (derecho de mineral, cualquier otra cuenta, fondos, recursos, beneficios en especie, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de unión de crédito | | |

Dueño de bienes	Tipo de bienes	Saldo (cantidad o valor)	Nombre y dirección (banco, compañía de seguros, etc.)	Número de cuenta o de póliza, etc

2. Alguien en su hogar:

- Ha vendido o regalado bienes, terrenos, acciones, bonos, vehículos, cuentas de ahorros, cheques, ingreso, efectivo, etc., o cerrado cuentas o eliminado o agregado un nombre a alguno de los bienes en los últimos 60 meses (5 años) o (en los últimos 3 meses para FAP)? Sí No

En caso que sí, ▶ ¿Quién? _____ ▶ ¿Qué? _____
▶ Fecha / / ▶ ¿Cuánto? \$ _____

- Ha interpuesto una demanda que pueda generar dinero, bienes, etc. ? Sí No

En caso que sí, ▶ ¿Quién? _____ ▶ ¿Qué? _____
▶ Fecha / / ▶ ¿Cuánto? \$ _____

- Ha recibido un pago único (como indemnización de trabajo, ganancias de lotería, recompensa en demanda de liquidación de seguro, etc.) en los últimos 60 meses (5 años) o (en los últimos 3 meses para FAP)? Sí No

En caso que sí, ▶ ¿Quién? _____ ▶ ¿Qué? _____
▶ Fecha / / ▶ ¿Cuánto? \$ _____

- Actúa por otro miembro del hogar, ha puesto dinero, liquidación de una demanda, ingreso o bienes en un fideicomiso, anualidad o instrumento legal en los últimos 60 meses (5 años) o (en los últimos 3 meses para FAP)? Sí No

En caso que sí, ▶ ¿Quién? _____ ▶ ¿Qué? _____
▶ Fecha / / ▶ ¿Cuánto? \$ _____

- Ha recibido un reembolso de impuestos federales en los últimos 12 meses (solo FAP)? Sí No

En caso que sí, ▶ ¿Quién? _____ ▶ ¿Qué? _____
▶ Fecha / / ▶ ¿Cuánto? \$ _____

I. Información de Vehículos

¿Necesita más páginas? Sí No



¿Alguien en su hogar tiene algún vehículo?

Sí ▶ Marque todos los que apliquen y llene la siguiente tabla. No

- Auto Camión Barco Cámara/tráiler Motocicleta RV Otros vehículos

Dueño(s) en el título o matrícula del vehículo	Año	Marca / Modelo	Millaje	Cantidad que debe

J. Ingreso de Trabajadores Agrícolas Migratorios o Temporales

¿Necesita más páginas? Sí No



¿Es alguien en su hogar trabajador agrícola migratorio o temporal?

Sí ▶ **Llene la siguiente tabla.** No

¿Ha recibido alguien algún ingreso del mismo agricultor en los 30 días antes de la fecha de solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí ▶ Nombre de la persona(s): <input type="checkbox"/> No	Fecha	Cantidad pago bruto
¿Espera alguien recibir más ingreso este mes?	<input type="checkbox"/> Sí ▶ Nombre de la persona(s): <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido alguien un anticipo para viajes?	<input type="checkbox"/> Sí ▶ Nombre de la persona(s): <input type="checkbox"/> No		
¿Ha perdido alguien recientemente su única fuente de ingreso?	<input type="checkbox"/> Sí ▶ Nombre de la persona(s): <input type="checkbox"/> No	Fecha del último pago	Cantidad pago bruto

K. Cambios de Empleo

¿Necesita más páginas? Sí No



¿Alguien en su hogar con algún cambio de empleo en los últimos 30 días?

Sí ▶ **Marque todos los que apliquen y llene la siguiente tabla.** No

Marque todos los que apliquen	Nombre de la(s) persona(s)	Nombre y dirección del empleador	Fecha del cambio	Fecha y cantidad del último pago
<input type="checkbox"/> Rechazó trabajo Motivo _____				
<input type="checkbox"/> Redujo voluntariamente las horas de trabajo Motivo _____				
<input type="checkbox"/> Abandonó un empleo Motivo _____				
<input type="checkbox"/> Desempleado Motivo _____				
<input type="checkbox"/> Fue despedido Motivo _____				
<input type="checkbox"/> Está participando en una huelga Motivo _____				

L. Ingreso por Cuenta Propia (incluye trabajos ocasionales)

¿Necesita más páginas? Sí No



1. ¿Alguien en su hogar que trabaje por cuenta propia o trabajará antes del final del próximo mes?

Sí ▶ **Llene la siguiente tabla.** No

Persona que trabaja por cuenta propia	Tipo de trabajo o negocio y fecha en que comenzó el negocio	Nombre y dirección del negocio	Ingreso mensual bruto (cantidad antes de gastos)	Gastos mensuales de trabajo por cuenta propia
	/ /			
	/ /			

M. Ingresos de Empleo

¿Necesita más páginas? Sí No



¿Alguien en su hogar que trabaje por sueldo o salario o trabajará antes del final del próximo mes calendario?

Sí ▶ **Llene la siguiente información para cada persona que trabaje.** No

Nombre de la persona que trabaja _____ Fecha de comienzo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre/dirección/teléfono del empleador _____

Tipo de trabajo _____ Título en el trabajo _____

Si es un trabajo nuevo, fecha del primer cheque

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ¿Continuará este empleo? Sí No

Día de la semana que recibe el pago _____ Fecha de último o más reciente cheque de cobro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número promedio de horas que espera trabajar _____ por Semana Período de pago Cantidad de pago \$ _____ Por hora Sueldo Otra _____

Frecuencia de cobro: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensualmente Otra _____

¿Recibe un Bono Comisión o ¿Pago por horas extras? Sí No

▶ En caso que sí, monto \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Recibe propinas que no están incluidas en su cheque? Sí No

▶ En caso que sí, promedio de propinas no incluidas \$ _____ por Semana Período de pago Otro _____

Nombre de la persona que trabaja _____ Fecha de comienzo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre/dirección/teléfono del empleador _____

Tipo de trabajo _____ Título en el trabajo _____

Si es un trabajo nuevo, fecha del primer cheque

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ¿Continuará este empleo? Sí No

Día de la semana que recibe el pago _____ Fecha de último o más reciente cheque

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número promedio de horas que espera trabajar _____ por Semana Período de pago Cantidad de pago \$ _____ Por hora Sueldo Otra _____

Frecuencia de pago: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensualmente Otra _____

¿Recibe un Bono Comisión o ¿Pagos por horas extra? Sí No

▶ En caso que sí, cantidad \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Recibe propinas que no están incluidas en su cheque? Sí No

▶ En caso que sí, promedio de propinas no incluidas \$ _____ por Semana Período de pago Otro _____

N. Otro ingreso

¿Necesita más páginas? Sí No



1. ¿Alguien en su hogar que reciba, o espere recibir (ha solicitado), algún ingreso que no sea ingreso del trabajo?

Sí ▶ Marque todos los recuadros que apliquen y llene la siguiente tabla. No

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social (RSDI) | <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Beneficios por incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de pensión / retiro | <input type="checkbox"/> Ingreso de Reasentamiento (solo FAP) | <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Jubilación del Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Indemnización del trabajo | <input type="checkbox"/> Ingreso de alquiler |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos | <input type="checkbox"/> Dinero de amigos o parientes, etc. | <input type="checkbox"/> Ingreso de alojamiento y/o comida |
| <input type="checkbox"/> Asignación militar | <input type="checkbox"/> Ingreso de intereses/dividendos | <input type="checkbox"/> Subvención compartida de refugiado |
| <input type="checkbox"/> Contrato de terreno, hipoteca, u otros pagarés a favor de miembro del hogar | | |
| <input type="checkbox"/> Ingreso/pagos de una tribu (asistencia general de tribu, reclamaciones de tierras, participación en ganancias de casinos, per cápita, etc.) | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (devolución de impuestos, derecho de agua/minerales, dinero/beneficios en especie, etc.) | | |
| <input type="checkbox"/> Manutención de niños/ No. del caso de orden judicial _____ | | |

Persona que recibe / espera dinero	Fuente / tipo de ingreso	Frecuencia con que se recibe	Cantidad recibido	¿Se espera que continúe?	Fecha en que espera si no se ha recibido
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

2. Si alguien en su hogar recibe del Seguro Social (RSDI) o beneficios de Jubilación del Ferrocarril, anote el(los) número(s) de reclamación(es) _____

3. ¿Alguien en su hogar participó en el ejército o las fuerzas armadas? Sí No

En caso que sí,

¿Alguien que participó en el ejército o las fuerzas armadas tiene una incapacidad?

¿Quién? _____

¿Es alguien viudo(a) o hijo de una persona fallecida que haya servido en el ejército o las fuerzas armadas?

¿Quién? _____

¿Es alguien cónyuge o hijo de una persona con incapacidad que participó en el ejército o las fuerzas armadas?

¿Quién? _____

Ninguna de las respuestas anteriores.

O. Beneficios por Incapacidad



¿Necesita más páginas? Sí No

1. ¿Alguien en su hogar, que no recibe beneficios por incapacidad, que los solicitó o han sido negados?

Sí ▶ Marque todos los beneficios por incapacidad que apliquen y llene la siguiente tabla. No

Persona	Tipo de beneficio	Estado de beneficio	Fecha de acción (si se sabe)
	<input type="checkbox"/> Seguro Social No. de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Solicitó beneficios. <input type="checkbox"/> Se le negaron beneficios* <input type="checkbox"/> Apeló la negación. <input type="checkbox"/> Solicitó una audiencia.	
	<input type="checkbox"/> Seguro Social No. de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Solicitó beneficios. <input type="checkbox"/> Se le negaron beneficios* <input type="checkbox"/> Apeló la negación. <input type="checkbox"/> Solicitó una audiencia.	
	<input type="checkbox"/> Seguro Social No. de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Solicitó beneficios. <input type="checkbox"/> Se le negaron beneficios* <input type="checkbox"/> Apeló la negación. <input type="checkbox"/> Solicitó una audiencia.	

* La Administración del Seguro Social ha determinado que la persona no está incapacitada.

2. Si los beneficios fueron negados, ¿ha cambiado el problema (s) de salud de la persona? Sí No

Si es sí, ▶ Anote quien _____ Fecha del cambio _____

El problema de salud empeoró Nuevo problema de salud Tiene mas de un problema de salud

P. Gastos del Cuidado y Manutención de Dependientes Ordenado por la Corte



¿Necesita más páginas? Sí No

1. ¿Alguien con trabajo, escuela o entrenamiento paga el cuidado de un niño, miembro de familia incapacitado?

Sí ▶ Complete la tabla siguiente (NO incluya la cantidad pagada por DHS o alguien más). No

Persona que paga	Cantidad pagada	Con qué frecuencia	Nombre de persona que recibe cuidado
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra	
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra	
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra	

2. ¿Alguien en su hogar paga manutención por orden de la corte para niños cónyuge/pensión alimenticia?

Sí ▶ Marque uno o ambos recuadros arriba y llene la siguiente tabla. No

Persona que paga	Número de orden judicial/ No. de exp. condado de orden	Cantidad de orden	Cantidad pagado por	¿Para quién?
		\$ _____	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Otro	
		\$ _____	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Otro	
		\$ _____	\$ _____ <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Otro	

Q. Gastos Médicos

¿Necesita más páginas?

Sí

No



1. Anote a toda persona que haya pagado o no los gastos médicos por servicios proporcionados en los últimos tres meses:

▶ ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____

Anote si alguien pagó primas médicas en los últimos tres meses:

▶ ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____

2. ¿Alguien en su hogar que tenga gastos médicos en curso?

Sí

▶ Marque todos los gastos que aplican y complete la tabla siguiente.

No

Cuidado médico

Cuidado dental

Hospitalización

Transporte para cuidado médico

(para embarazo o cuidado en curso)

Sala de emergencia

Asilo

Medicina sin receta

Medicina con receta

Tarjeta de medicina con receta

Dentaduras

Lentes

Audífonos

Prótesis

Animal de guía

Honorarios de tutor

Prima de seguro de salud

Prima de Medicare

Equipos/suministros médicos

Servicios de cuidado / tarea personales

Otros

Persona que tiene el gasto	Gasto médico (marcado arriba)	Monto que paga la persona	Frecuencia (mensual, por año, etc.)

R. Gastos de Vivienda



Marque todos los recuadros que apliquen y llene la cantidad.*

1. Renta \$ _____ (indique SOLAMENTE la cantidad que paga, NO la cantidad que paga HUD, la Sección 8, MSHDA, etc.)

Semanal Mensual Otro

2. Hay alguien que pague:

Renta que incluye comidas (alojamiento/comida) Sí

Alimento solamente (comida) Sí ▶ \$ _____ Semanal Mensual Otro No

▶ \$ _____ Semanal Mensual Otro No

3. ¿Renta de lote de casa móvil? \$ _____ Semanal Mensual Otro

4. ¿Hipoteca/casa móvil/contrato de tierra? \$ _____ Semanal Mensual Otro

5. ¿Segunda hipoteca o préstamo de equidad del hogar? \$ _____ Semanal Mensual Otro

6. Gastos de vivienda cobrados aparte de la renta o hipoteca: Tipo de combustible (leña, gas, propano)

Calefacción (gas, eléctrica, propano, leña, etc.) Seguro de propiedad \$ _____ al año

Aire acondicionado (incluye unidades individuales) Impuestos de propiedad \$ _____ al año

Electricidad (no-calefacción) Valoraciones especiales \$ _____ al _____

Agua/alcantarillado Seguro de garantía de hipoteca \$ _____ al _____

Gas para cocinar Cuota de cooperativa/condo/asociación \$ _____

Basura / recolección de basura Otro _____ \$ _____

Teléfono

7. Crédito para la Calefacción del Hogar (HHC) de Michigan Department of Treasury - Para el año fiscal vigente:

a. ¿Hay alguien en su hogar que esté solicitando FAP y recibió el HHC en la **dirección actual**?

Sí No

b. ¿Alguien en su hogar que esté solicitando FAP que vaya a solicitar o espere solicitar el HHC en la **dirección actual**?

Sí No

S. Recibo de Beneficios



1. ¿Alguien en su hogar que alguna vez solicitó o recibió beneficios de Michigan en el pasado? Yes No
 - ▶ En caso que sí, ¿bajo qué nombre(s)? _____
(apellido de soltera, alias, ex marido, etc.)
 - ▶ En caso que sí, número de Seguro Social que recibió los beneficios. _____
 - ▶ En caso que sí, ¿recibió alguna vez una tarjeta Bridge? Sí No
 - En caso que sí, ¿quién? _____
2. ¿Alguien en su hogar recibe beneficios de Mujeres, Infantes, Niños (WIC)? Sí No
 - ▶ En caso que sí, ¿quién? _____
3. ¿Alguien en su hogar recibe beneficios de tribu TANF (efectivo)? Sí No
 - ▶ En caso que sí, ¿quién? _____
4. ¿Alguien en su hogar recibe Pagos de subsidio por Adopción / Asistencia para Custodia? Sí No
 - ▶ En caso que sí, ¿quién? _____
5. Si asiste al colegio, universidad, etc., ¿está inscrito / paga un plan de comida? Sí No
 - ▶ En caso que sí, ¿cuántas comidas a la semana incluye el plan? _____

T. Información que DHS Necesita Saber



Responda por todas las personas en su hogar.

- ¿Alguien ha sido descalificado, reducido o suspendido sus beneficios por no haber seguido las reglas del programa en algún estado, incluyendo Michigan? Sí No
 - ▶ En caso que sí, ¿quién? _____
 - ▶ En caso que sí, ¿en qué estado? _____
- ¿Alguien ha sido culpable de fraude o firmó un acuerdo de reembolso y/o documentos de descalificación por recibir dinero en efectivo o asistencia de alimentos de dos o más estados durante el mismo período de tiempo? Sí No
 - ▶ En caso que sí, ¿quién? _____ ¿Qué programa(s)? _____
 - ¿Qué estado(s)? _____
- ¿Alguien que esté huyendo de un proceso por delito, de una orden de arresto por delito que esté pendiente, o de la cárcel? Sí No
 - ▶ En caso que sí, ¿quién? _____
- ¿Alguien que alguna vez ha sido culpable por un delito mayor con drogas después del 22 de agosto de 1996? Sí No
 - ▶ En caso que sí, ¿quién? _____ ¿Condenado más de una vez? Sí No
- ¿Alguien que esté en violación de su libertad condicional o período de prueba? Sí No
 - ▶ En caso que sí, ¿quién? _____

U. Oferta de Inscripción de Registro para Votar del Estado de Michigan



¿Si no está inscrito para votar en su dirección actual, le gustaría inscribirse para votar?

Sí
 No

NOTA: Si no marca ningún recuadro, DHS supondrá que ha decidido no inscribirse para votar en esta ocasión. Marcar "sí" no lo inscribe para votar. Si marca 'sí' o usted no responde, se le enviará una solicitud de inscripción para votar.

Solicitar o rechazar la oferta para inscribirse para votar no afectará la cantidad de ayuda que este departamento le proporcionará. Si necesita ayuda para llenar la forma de inscripción para votar, lo ayudaremos. Usted decide si desea o acepta ayuda. Puede llenar en privado la forma de inscripción para votar.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a:

- inscribirse para votar,
- rechazar inscribirse para votar.
- tener privacidad para decidir inscribirse o para solicitar registrarse para votar, o
- elegir su propio partido político u otra preferencia política.

Puede presentar una queja a:

Secretary of State
P.O. Box 20126
Lansing, MI 48901-0726

V. Representante, Tutor, Guardián o Persona que Ayuda con la Solicitud



1. ¿Si es elegible para asistencia de alimentos, desea que otra persona tenga una tarjeta Bridge y tenga acceso a sus beneficios de alimentos para que le haga sus compras?

Sí No

En caso que sí, escribe el nombre completo _____

(Esta persona será su representante autorizado.)

2. ¿Está usted llenando esta solicitud para otra persona? Sí No

Marque una o ambas.

¿Está usted representando a la persona que solicita? Sí No

► **Si marcó Sí en una o ambas preguntas arriba, llene la siguiente información:**

Nombre

Número de teléfono

_____ | _____-_____-_____

Dirección (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, casilla postal)

Ciudad

Estado

Código postal

_____ | _____ | _____

Parentesco del representante con el solicitante (*marque todo lo que aplique*)

Tutor Pariente (*especifique*) _____

Guardián Otra (*especifique*) _____

Si usted es menor de 18 años de edad, ¿está casado(a)?

Sí No

W. Declaración

IMPORTANTE: Antes de firmar esta solicitud, LEA la declaración.



Bajo pena de perjurio, juro o declaro que he revisado esta solicitud o que alguien me la ha leído y que, en mi mejor conocimiento y entender, los datos son verdaderos y completos, incluso la información sobre la situación de ciudadanía y de extranjero de los miembros que están solicitando beneficios. En caso que yo sea un tercero que hace la solicitud en nombre de otra persona, juro que he revisado esta solicitud o leído al solicitante y que, a mi mejor conocimiento y entender, los datos son verdaderos y completos.

Certifico que he recibido una copia, he revisado y estoy de acuerdo con las secciones en el **Folleto de Información** para solicitar asistencia que explica cómo solicitar y recibir ayuda: los Programas, las Cosas que Debe Hacer, Cosas Importantes de Saber, Acuerdos de Reembolso, y la Información que Será Compartida.

Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información que escribí en esta forma o que le he dicho a mi especialista de DHS o a mi representante es verdad. Entiendo que puedo ser procesado por perjurio si he dado intencionalmente información falsa o engañosa, ocultado, o dejado de dar datos que puedan dar lugar a que yo reciba asistencia que no deba recibir o que reciba más asistencia de la cual no tengo derecho. Puedo ser procesado por fraude y/o requerido a reembolsar la cantidad recibida incorrectamente. También se me puede solicitar comprobantes de cualquier información que he dado.

Una vez completada la entrevista en forma personal:

Firma del cliente o representante	Fecha	Firma de testigo del departamento/ reclutador de inmigrantes	Fecha

Cosas que Usted Debe Hacer (continuación)

Reembolsar los Beneficios Adicionales (Todos los Programas)

Si usted o alguien en su hogar reciben beneficios para los que no son elegibles, los adultos en el hogar tienen que reembolsar los beneficios adicionales. Los beneficios tienen que reembolsarse incluso si no hubo ningún fraude. Si DHS comete un error, los adultos en el hogar tienen que reembolsar los beneficios adicionales.

Para FAP, un representante autorizado (alguien que tenga acceso a sus beneficios de alimentos y que puede hacerle sus compras) también puede ser responsable de reembolsar los beneficios adicionales de FAP.

* Proveer los Números de Seguro Social (La Mayoría de los Programas)

Para la mayoría de los programas, bajo la ley federal 42 USC 1320b-7, usted tiene que proveer los números de Seguro Social de cada **solicitante**.

Las excepciones incluyen:

- Cuando **solo** se solicita para cuidado de niños, no tiene que proveer un número de Seguro Social para los adultos o menores que no necesiten cuidado de niños.
- Las personas que no soliciten FAP no tienen que proveer su número de Seguro Social.
- Los clientes de FAP quedan exentos de proveer y obtener un número de Seguro Social con base en creencias religiosas.

Recuperación. DHS puede retener parte de sus beneficios futuros como reembolso de los beneficios adicionales que usted recibió.

Tráfico ilícito. Los beneficios de FAP que se vendan o negocien se consideran beneficios adicionales y deben ser reembolsados.

El compartir de la información. En caso que usted o alguien en su hogar recibieron beneficios adicionales, la información de la solicitud de asistencia, incluyendo número de Seguro Social, puede ser proporcionada a las agencias federales, estatales y privadas para ayudar con la recuperación.

DHS puede ayudarlo a solicitar los números de Seguro Social. Dé a DHS el número de Seguro Social tan pronto lo reciba. Si no lo hace, es posible que se le reduzcan o nieguen sus beneficios. Es posible que tenga que reembolsar un pago en exceso.

DHS usará los números de Seguro Social para verificar si usted es elegible y recibe los beneficios correctos. DHS usa los números de Seguro Social para verificar información con otras agencias. (Véase “Información de su Hogar que se Compartirá”).

Buscar Otros Beneficios (La Mayoría de los Programas)

Usted tiene que solicitar los demás beneficios para los que pueda calificar, como:

- Beneficios de desempleo.
- Beneficios de Seguro Social e Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)

- Beneficios de la Administración de Veteranos.

DHS le informará si tiene que presentar una solicitud para los beneficios.

Si usted no busca beneficios cuando se le requiere, sus beneficios de DHS pueden ser reducidos, cerrados o se negados.

Vacunar a los Niños Menores de 6 Años – Vacunarse (FIP)

Los niños menores de 6 años de edad tienen que vacunarse según lo recomienda el Michigan Department of Community Health.

Los beneficios en efectivo pueden ser reducidos en \$25 por mes hasta que sus niños estén actualizados con sus vacunas.

Un niño está exento del requisito de las vacunas si:

- Este tiene menos de dos años de edad.
- Las vacunas no son médicamente convenientes para el niño.
- Las vacunas van en contra de las creencias religiosas de la familia.

Acciones de la Manutención para Niños (La Mayoría de los Programas)

Usted recibirá una carta sobre el programa de manutención para niños si:

- Recibe FIP, FAP o CDC; y
- Uno o más de los padres del menor no viven con el menor.

Tiene que contactar al especialista en manutención cuando reciba la carta y proveerle información adicional sobre usted, el niño y el padre(s) del niño.

Mientras usted recibe beneficios de FIP, FAP o CDC, tiene que seguir colaborando con la Oficina de Manutención para Niños, el abogado Fiscal, y el Amigo de la Corte para buscar la paternidad y/o manutención.

Buena Causa. DHS no requerirá que busque la paternidad o la manutención si tiene buena causa.

Para reclamar una buena causa, hable con su especialista de DHS y solicite la forma “Reclamación de Buena Causa” (DHS-2168). Es posible que se le solicite el comprobante.

Si usted no coopera con las acciones de manutención para niños cuando se requiera, y no tiene un motivo de buena causa, DHS hará todo lo siguiente durante por lo menos un mes:

- Suspender los beneficios de asistencia de alimentos para la persona que no coopere.
- Negar o suspender sus beneficios de cuidado infantil.
- Negar o suspender la ayuda económica por completo de su hogar.
- Negar SER por incumplimiento con un requisito de FIP.

*Ver páginas D-H de este folleto.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Cosas que Usted Debe Hacer (continuación)

Acciones de Manutención para Niños (La Mayoría de los Programas)

Cuando recibe una subvención de FIP, usted le da (asigna) a DHS toda manutención actual suya (manutención conyugal) o un niño menor en su hogar (manutención para niños). Esto significa que, cuando obtiene FIP, es posible que parte de la manutención conyugal o de niños que usted reciba de otra persona se le entregue a DHS para reembolsar parte de la subvención de FIP.

Es posible que usted reciba un pago de manutención para niños que se le adeude mientras esté recibiendo FIP. Si recibe un pago de manutención para niños, llame a su oficina local de

DHS para averiguar si puede conservar el mismo. Si su trabajador de DHS le dice que el pago se le envió por error, tiene que devolver el dinero. Si usted no devuelve el dinero, es posible que usted pierda su asistencia de FIP o que se vea reducida.

Si el monto de manutención recolectada por el DHS supera su asistencia de FIP durante por lo menos dos meses, es posible que DHS cierre su caso FIP de manera que usted pueda recibir directamente los pagos de manutención.

Seguir las Leyes Laborales y Penalidades (FIP o RCA y FAP)

Sus reglas laborales dependen de si recibe asistencia en efectivo bajo FIP o RCA,

beneficios de FAP sin asistencia en efectivo, o beneficios de FAP con límite de tiempo.

Reglas laborales sobre asistencia en efectivo de FIP o RCA. Su familia tiene que llenar una Herramienta de Evaluación Automatizada de Familias (FAST) y crear un Plan de Auto-suficiencia Familiar (FSSP). Los requisitos de FAST y FSSP son solo para FIP. El FSSP enumera las actividades de trabajo que usted tiene que hacer hasta 40 horas por semana para poder recibir FIP. Usted diseña el plan con su especialista de DHS y el programa de participación en el trabajo.

- Llenar el FAST (solo para FIP).
- Ayudar a hacer y cumplir un FSSP (solo para FIP).
- No abandonar un trabajo, ni rechazar ni reducir las horas de trabajo.
- No ser despedido de un trabajo debido a mala conducta o por faltar al trabajo.
- Cumplir las actividades asignadas de trabajo y/o auto-suficiencia.

Penalidades de romper las reglas de trabajo de FIP o RCA. Si usted rompe las reglas laborales de FIP o RCA sin una buena causa (véase "Buena Causa" en la página 13), DHS:

- Le negará su solicitud (puede volver a solicitarla).
- Suspenderle FIP a toda su familia durante tres meses la primera vez, durante seis meses la segunda vez y permanentemente la tercera vez.
- Contar todos sus meses de penalidades hacia su límite estatal de por vida de 48 meses.
- Suspenderle RCA a usted durante al menos tres meses (pero es posible que el resto de su hogar sea elegible).
- Si recibe tanto FIP como FAP, podremos:
 - Suspender o reducir sus beneficios de FAP durante al menos un mes si no se le excusa de las reglas laborales de FAP.
 - Contemos la cantidad de su asistencia de FIP como ingreso.

Reglas laborales de FAP. (AVISO: Si recibe beneficios económicos y de alimentos, tiene que seguir las reglas laborales de FIP).

- **Si trabaja**, usted no puede:
 - Abandonar un empleo de más de 30 horas a la semana.
 - Reducir voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 a la semana sin una buena causa.
- **Si no está trabajando**, o si trabaja menos de 30 horas a la semana, no puede:
 - Rechazar una oferta de trabajo.
 - Rechazar participar en actividades requeridas relacionadas con su empleo, que debe realizar para poder recibir FAP.

Penalidades por romper las reglas laborales de FAP. Si recibe FAP y rompe las reglas laborales sin una buena causa, sus beneficios se le suspenderán o se le reducirán:

- Durante al menos un mes la primera vez, y
- Seis meses en cualquier otra ocasión después de la primera vez.

Reglas de asistencia de alimentos con límite de tiempo. (AVISO: Los límites de tiempo no siempre se aplican, así es que consulte con su especialista de DHS).

Es posible que en su caso apliquen límites de tiempo y requisitos de trabajo especiales si usted:

- Es una persona sin una incapacidad;
- Tiene al menos 18 años de edad pero menos de 50 años; y
- Vive en un hogar donde no hay niños menores de 18 años de edad (familiar o no).

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Cosas que Usted Debe Hacer (continuación)

Aplazamientos de Reglas Laborales y Buena Causa (FIP o RCA y FAP)

Aplazamiento de reglas laborales (exento). Es posible que algunas personas que reciben asistencia de alimentos o dinero en efectivo queden exentos de las reglas de trabajo. Si usted recibe FIP y se le dispensa de las reglas de trabajo, es posible que tenga que hacer otras actividades. Si cree que debe ser exento de las reglas de trabajo, hable con su especialista de DHS.

AVISO: Las razones de ser exento pueden cambiar.

Usted puede ser exento de reglas laborales de FIP o RCA si usted:

- Menor de 16 años de edad.
- 65 años o mayor.
- Un padre de un bebé menor de dos meses. Una vez que el bebé tenga seis semanas, puede que se la asignen actividades para fortalecer la familia.
- Trabajando 40 horas a la semana.
- Cuida a un niño o cónyuge con una incapacidad (dependiendo de las necesidades de la persona y la asistencia escolar del niño).
- Una persona con una incapacidad o con limitaciones médicas.
- Experiencia una situación de violencia doméstica (determinada por DHS).

Usted puede ser exento de reglas laborales de FAP si usted:

- 60 años o mayor.
- Cuida personalmente a un niño menor de 6 años de edad que recibe FAP en su caso.
- Trabaja 30 horas a la semana o gana al menos el salario mínimo por 30 horas a la semana.
- Asiste a la escuela secundaria, educación para adultos o un programa de GED al menos por medio turno.
- Lesionado, enfermo o cuida personalmente a un miembro de su hogar con una incapacidad.
- Embarazada entre siete y nueve meses.
- Embarazada con complicaciones médicas.
- Solicitando FAP en una oficina del Seguro Social.
- En un tratamiento o programa de rehabilitación para abuso de sustancias.
- Solicita o recibe beneficios por desempleo.
- Apelando la negación de los beneficios por desempleo.

Buena causa. Usted tiene derecho a reclamar buena causa si cree que debería ser exento de las reglas laborales de FIP, RCA y/o FAP. Si cree que tiene un motivo de buena causa, contacte a su especialista de DHS de inmediato. AVISO: los motivos de buena causa pueden cambiar.

FIP o RCA o FAP – Razones de buena causa:

- Un acontecimiento o factor no planeado que no permite cumplir las reglas de trabajo (por ejemplo, violencia doméstica, religión, salud o riesgo de seguridad o no tener hogar).
- Enfermedad o lesión.
- Usted solicitó cuidado de niño que no se le proporcionó.
- Usted solicitó servicios de transporte que no le fueron proporcionados.
- Un viaje largo al trabajo (más de dos horas al día o más de tres horas al día con cuidado de niños).
- Usted abandonó un trabajo para tomar otro similar.
- Su trabajo le requería cometer actividades ilegales.
- Usted no puede realizar el trabajo debido a padecimientos físicos o mentales.
- Discriminado por su empleador con base en su edad, raza, religión, país de origen, color, estatura, peso, estado civil, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, creencias políticas o incapacidad.
- Usted está trabajando 40 horas a la semana y gana al menos el salario mínimo del estado.
- No se le ofreció un ajuste razonable.

Solo para FAP – Es posible que usted tenga una razón de buena causa si usted/su:

- Está aplazado.
- Se mudó debido al trabajo o educación/entrenamiento de otro miembro del hogar.
- Tiene un empleo que le requiere jubilarse o afiliarse, renunciar o no afiliarse a un sindicato u organización laboral.
- Tiene un empleo que está en huelga o en una localidad en paro laboral.
- Tiene condiciones de trabajo irrazonables.
- Le han ofrecido un empleo que esté fuera de su experiencia laboral durante los primeros 30 días como participante obligatorio en el trabajo bajo FAP.
- El empleador no puede mantenerle la promesa de trabajo.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Datos Importantes

Penalidades, Violación Intencional del Programa o Fraude (FAP, FIP, SDA, CDC)

Llame al 800-222-8558 para comunicar toda sospecha de fraude con los beneficios sociales.

Violación Intencional del Programa (IPV) es cuando usted hace una declaración falsa o errónea, esconde, falsifica o retiene hechos a propósito para recibir o continuar recibiendo beneficios adicionales.

Fraude/IPV – Si creemos que usted cometió fraude/IPV, nosotros podemos tener una audiencia administrativa, presentar cargos criminales o que le solicitemos que firme voluntariamente un acuerdo de descalificación.

Tráfico ilícito de FAP – Usted puede ser culpable de fraude/IPV si cambia o vende sus beneficios de FAP o tarjeta Bridge en línea o en persona. No puede usar los beneficios de FAP o tarjetas Bridge que pertenezcan a otro hogar. No puede usar los beneficios de FAP o tarjetas Bridge para comprar otra cosa que no sean alimentos, semillas y plantas para cultivar sus propios alimentos en su hogar.

En caso que se comprueba en la corte que es culpable de **fraude**:

- Usted está sujeto a multas penales (por ejemplo, multas hasta de \$250,000, tiempo de cárcel/prisión hasta de 20 años, o ambos). Puede que se le acuse bajo otras leyes federales y la corte puede impedir que reciba beneficios durante 18 meses adicionales; **y**
- Tiene que reembolsar todos los beneficios adicionales que haya recibido debido al fraude/IPV; **y**
- Quedará descalificado para recibir beneficios de FIP/SDA y/o FAP – véase la tabla abajo.

En caso que se compruebe en una audiencia administrativa que es culpable de IPV o si firma voluntariamente una descalificación:

- Será descalificado para recibir beneficios de FIP/SDA y/o FAP – véase la tabla abajo, **y**
- Tendrá que reembolsar los beneficios adicionales que haya recibido debido al fraude/IPV.

Penalidades de CDC - La violación de las reglas del programa puede resultar en una descalificación de 6 meses, 12 meses o de por vida.

<p>Si hace alguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace una declaración falsa o errónea. • Esconde, falsifica o retiene hechos para recibir o continuar recibiendo beneficios. • Cambia o vende menos de \$500 en beneficios de FAP o tarjetas Bridge en línea o en persona. • Usa los beneficios de FAP para comprar artículos inelegibles tales como bebidas alcohólicas o productos de tabaco. • Usa los beneficios de FAP o tarjetas Bridge que pertenezcan a otra persona para el hogar de usted. 	<p>Usted perderá los beneficios de FIP/SDA y/o FAP durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un año por la primera violación. • Dos años por la segunda violación. • Toda la vida por la tercera violación.
<p>Si a usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo condena una corte o se le declara culpable en una audiencia administrativa por falsificar su identidad o donde vive para recibir beneficios bajo dos o más casos al mismo tiempo. 	<p>Usted perderá los beneficios de FAP durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 años.
<p>Si a usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo condena una corte por falsificar su identidad o donde vive para recibir beneficios* bajo dos o más casos al mismo tiempo. <p>*Beneficios incluye los programas financiados bajo el Título IV-A de la Ley del Seguro Social, Medicaid y el Ingreso Suplementario de Seguridad.</p>	<p>Usted perderá los beneficios de FIP durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 años.
<p>Si a algún miembro de su hogar se le declara culpable en la corte de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negociar los beneficios de FAP por drogas. 	<p>Usted perderá los beneficios de FAP durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos años por el primer delito. • Toda la vida por el segundo delito.
<p>Si a algún miembro del hogar se le declara culpable en la corte de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar los beneficios de FAP por armas de fuego, municiones, o explosivos. • Cambiar, comprar o vender beneficios de FAP de \$500 o más por cualquier otra cosa que no sea comida, en línea o en persona. • Pagar los alimentos comprados a crédito con FAP. 	<p>Usted perderá los beneficios de FAP durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De por vida.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Datos Importantes (continuación)

Quejas Generales

Los clientes tienen derecho a presentar quejas en general sobre asuntos a parte del derecho a solicitar asistencia, quejas contra la discriminación o sobre las audiencias. Las quejas por escrito pueden enviarse a:

Michigan Department of Human Services
Specialized Action Center
235 S. Grand Avenue
P.O. Box 30037
Lansing, MI 48909
O llamar al 855-275-6424 o 855-ASK-MICH.

Derechos a Audiencia

En caso que no esté de acuerdo con una decisión tomada por DHS de negar, reducir, o suspender los beneficios, o por no actuar con rapidez razonable, tiene derecho a solicitar una audiencia. En la mayoría de los casos, si recibe un aviso de reducción o cancelación de sus beneficios y solicita una audiencia en los 11 días dentro de la fecha de la acción, sus beneficios continuarán hasta que se lleve a cabo la audiencia.

Alguien más puede representarlo en la audiencia, tal como un amigo, pariente o abogado.

Para solicitar una audiencia:

- Lleve, envíe por correo o fax una solicitud de audiencia* por escrito y con su firma, a su oficina de DHS.

- Solo para FAP, usted puede solicitar una audiencia verbal, en persona o por teléfono.
- La solicitud de audiencia tiene que estar firmada por usted o por uno de sus padres, cónyuge, abogado, tutor designado por la corte, o guardián, o por otra persona que usted nombre en una declaración firmada.

Michigan Administrative Hearings Service (MAHS) negará su solicitud de audiencia si:

- Recibimos su solicitud después de 90 días de haberle enviado por correo el aviso para negar, cancelar o reducir sus beneficios.
- La persona que firmó la solicitud de audiencia no puede mostrar una orden de la corte o declaración firmada por usted y no es su abogado, cónyuge o uno de sus padres.

* DHS-18 está disponible en línea en www.michigan.gov/dhs-forms.

Si Usted Piensa que Discriminamos

“De acuerdo con la ley Federal y la política de U.S. Department of Agriculture (USDA) y Health and Human Services (HHS), esta institución prohíbe la discriminación a causa de raza, color, país de origen, sexo, edad, o una incapacidad. Bajo el Acta de Estampillas de Alimento y la política de USDA, la discriminación es prohibida también a causa de religión y creencia políticas”.

Para presentar una denuncia de discriminación, contacte a USDA o HHS. Puede escribir a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o llame al número gratis 866-632-9992 (correo de voz). Las personas con

incapacidades auditivas o del habla pueden contactar a USDA a través del Federal Relay Services al 800-877-8339; o al 800-845-6136 (en español). Puede escribir a HHS, Director, Office for Civil Rights, DHHS, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601, o llame al 800-368-1019 (llamada gratis); 800 537-7697 (TDD); fax 312-886-1807.

“USDA y HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.”

Raza y Etnicidad

Responder a las preguntas sobre su raza y origen étnico es voluntario. Si no responde a esas preguntas, su elegibilidad o niveles de beneficios no se afectarán.* La información se recopila para garantizar que los beneficios de los programas se distribuyan sin tener en cuenta la raza, el color o el país de origen.

**Si usted decide no contestar a esas preguntas, su especialista de DHS puede elegir una respuesta por usted..*

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Datos Importantes (continuación)

**Ciudadanos y No-Ciudadanos/Números de Seguro Social

Los números de Seguro Social y los documentos de inmigración **NO se requieren** para una persona que:

- No solicita asistencia.
- Solo esté solicitando cuidado de niños. (Tiene que dar el número de Seguro Social del niño y tiene que ser ciudadano de EE.UU. o mostrar documentos de inmigración).

Los demás miembros elegibles de su hogar sí podrán recibir asistencia.

Es posible que usted tenga que dar información sobre el ingreso y los bienes de todas las personas en su hogar, incluso si no están solicitando asistencia.

Recibir asistencia de alimentos o de emergencia no afectará su situación migratoria. Si usted está aquí ilegalmente, esto puede afectar su capacidad de permanecer en EE.UU.

Para ciertos programas, las **personas que declaren su ciudadanía EE.UU.** tienen que mostrar comprobante de ciudadanía e identidad. El comprobante aceptable de ciudadanía incluye, entre otras cosas, un pasaporte estadounidense, un certificado de naturalización, o una acta de nacimiento EE.UU. que indique su nacimiento en EE.UU., o sus territorios.

A las personas que reciban SSI, Seguro Social, Medicare, o asistencia de adopción, niños adoptivos temporales y bebés recién nacidos bajo el programa de "entrega segura" no se les requiere proveer comprobante de ciudadanía de EE.UU., para los programas de DHS.

Personas con Incapacidades

Usted no tiene que decirnos sobre su incapacidad pero hay ciertas asistencias que solo están disponibles para personas con una incapacidad. Si usted o alguien en su hogar tiene una incapacidad, podemos hacer excepciones o proveerle asistencia especial.

Informe a su especialista de DHS si requiere ayuda.

Si no nos cuenta sobre alguna incapacidad ahora, puede hacerlo después.

Si se le niega asistencia especial o una excepción que usted necesite debido a una incapacidad, y cree que la negación fue un error, puede presentar una queja de discriminación ante:

DHS, Americans with Disabilities Act Coordinator
P.O. Box 30037, Suite 715
Lansing, MI 48909
855-275-6424

Violencia Doméstica

Es posible que podamos dispensarle ciertos requisitos de un programa (como trabajar, buscar trabajo, buscar manutención de niños o asistir a la escuela) si participar:

- Lo pondría a usted o a un miembro de su familia en peligro de daño físico o emocional.
- Lo sometería a abuso sexual.
- Le sería injusto con usted.

Usted está autorizado a recibir servicios completos de violencia doméstica. Contacte a la oficina de DHS en su área o a su especialista de DHS para recibir más información o para acceder a esos servicios.

Recursos:

- En línea: www.michigan.gov/domesticviolence.
Publicación 859 de DHS, Is Someone Hurting You or Your Children? (disponible en español) – en línea: www.michigan.gov/dhs-publications.

Si Usted Recibe Beneficios Tribales

Usted no puede recibir beneficios de alimentos del programa tribal de distribución de alimentos y del programa de asistencia de alimentos al mismo tiempo.

No puede recibir TANF (efectivo) tribal de una tribu y beneficios económicos de FIP de DHS al mismo tiempo.

Las organizaciones tribales pueden recibir fondos de LIHEAP del gobierno federal. Los pagos están limitados a la cantidad más alta disponible de DHS o de la organización tribal. DHS le solicitará proveer cualquier pago tribal de LIHEAP que usted reciba.

Tarjeta Bridge

Tiene acceso al dinero en efectivo y/o beneficios de alimentos al usar una tarjeta de débito. La tarjeta de débito se llama Tarjeta Bridge o tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Llame a la línea de Servicios al Cliente EBT gratis al 888-678-8914 para:

- Reportar su tarjeta perdida, robada o dañada.
- Pedir una tarjeta de reemplazo (sus beneficios serán reducidos después de un reemplazo de Tarjeta Bridge).

Esta misma política aplica si usted tiene una o ambas de las siguientes personas:

- Alguien que tiene acceso a sus beneficios en efectivo (beneficiario de protección), o
- Para FAP, alguien a quien usted aprobó para que compre los alimentos para su hogar (representante autorizado).
- Establecer/cambiar su número de ID personal (PIN).
- Averiguar el saldo que tiene.

Acuerdos de Reembolso

Cuando firma la solicitud de asistencia, usted consciente en hacer lo siguiente:

Pagos Únicos y Beneficios Acumulados (SDA, FIP Financiado por el Estado)

Si recibe SDA, usted indica su acuerdo a reembolsar a DHS si recibe:

- Pagos únicos, tales como una herencia, una liquidación de un seguro, etc., o
- Beneficios acumulados pagados retroactivamente, tales como beneficios por desempleo o indemnización del trabajo.

Si recibe SDA o FIP financiado por el estado, significa que está de acuerdo a reembolsar a DHS si recibe SSI retroactivo.

Usted acepta autoriza a la Administración del Seguro Social que le pague a DHS la cantidad de asistencia financiada por el estado que recibió mientras su reclamación de SSI estaba pendiente.

Si el primer pago de beneficios acumulados se le envía y acuerda pagarle a DHS de inmediato la asistencia financiada por el estado que recibió mientras su reclamo estaba pendiente.

Si no está de acuerdo con el monto que DHS retiene, véanse “Derechos de Audiencia”.

Información de Su Hogar Que Se Compartirá

Al firma la solicitud de asistencia, usted indica su acuerdo que DHS puede compartir información sobre usted y su hogar con otros, y que otras agencias o personas puedan dar más información sobre usted, como se indica a continuación:

Información DHS Recibirá de Otros

Información de la Administración del Seguro Social (todos los programas) – Usted acuerda que la Administración del Seguro Social puede dar a DHS toda la información necesaria para determinar su elegibilidad.

Investigaciones de control de calidad (QC) y/o de la Oficina del Inspector General (OIG) – DHS puede seleccionar su caso para una revisión de control de calidad o para una investigación completa. Si su caso es elegido, DHS se pondrá en contacto con usted, con otras personas, empleadores y/o agencias para obtener prueba de la información proporcionada en su solicitud de asistencia.

Verificación con cumplimiento de la ley (FAP, FIP, SER) – DHS puede recibir información de los agentes policiales con el fin de capturar a las personas que huyen para evadir la ley.

Información sobre cobro de cuidado por niños (CDC) – La información presentada por su proveedor de cuidado infantil se usará para determinar las cantidades de pago.

Verificación Intercomunicada por computadora (todos los programas) – DHS verificará con las agencias federales, estatales y privadas para asegurarse de que la información que usted proporciona en la solicitud de asistencia sea correcta. La verificación de la información que usted proporciona puede afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios. DHS puede verificar salarios, ingreso, bienes, beneficios por desempleo, reembolsos de impuestos, beneficios y números de Seguro Social, manutención para niños, situación migratoria, etc.

Si usted da alguna información que no coincide, DHS verificará para averiguar lo que es correcto. Es posible que se le solicite a usted permiso para contactar a los empleadores, bancos, u otras personas.

DHS verificará los archivos de otros estados. Se pueden negar los beneficios en Michigan si usted u otros miembros de su hogar fueron descalificados en otro estado.

Información DHS Compartirá con Otros

Información sobre elegibilidad (FAP) – DHS envía información sobre la elegibilidad para el programa de asistencia de alimentos (FAP) a las escuelas. Esta información les permite a sus hijos recibir comidas gratis o a un costo reducido.

CDC - Se le enviará un aviso a su proveedor de cuidado de niños cuando:

- Su CDC se haya aprobado y autorizado.
- Ocurran cambios que impacten su elegibilidad para CDC.
- Su elegibilidad para CDC haya terminado.

Extranjeros ilegales - DHS puede enviarle información sobre ciertos extranjeros ilegales al Departamento de Seguridad Nacional.

Información de encuestas - Podrá ser contactado para dar información en una encuesta para contribuir a evaluar la calidad de los programas de DHS y el servicio al cliente que se provee.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Referencias de Sitios de Internet

- **Educación de carreras y de fuerza de trabajo:** www.michigan.gov/mdcd
- **Solicitud para proveedores sin licencia de desarrollo y cuidado infantil:** www.michigan.gov/childcare
- **Crédito de Impuestos del Ingreso:** www.michiganeic.org
- **Programas de Asistencia para Gastos de Energía:** www.michigan.gov/heatingassistance
- **Herramienta de Evaluación Automatizada de Familias (FAST):** www.michigan.gov/fast
- **Herramienta de pre-selección de elegibilidad de programa de Servicios de Asistencia y Referencia de Michigan (MARS):** www.michigan.gov/mars

AVISO: Para averiguar si usted puede ser elegible para alguno de nuestros programas, puede visitar el sitio web de MARS. Se le solicitará que dé información sobre su familia y hogar que ayudará a determinar si podría calificar.

- **Michigan Department of Community Health (MDCH):** www.michigan.gov/mdch
 - **Oficina de Servicios para Ancianos:** www.michigan.gov/osa
 - **Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC):** www.michigan.gov/wic
- **Michigan Department of Human Services (DHS):** www.michigan.gov/dhs
 - **Cómo solicitar asistencia** www.michigan.gov/dhs-applicationprocess
 - **Asistencia de Dinero en Efectivo** www.michigan.gov/dhs-cash
 - **Asistencia de Dinero en Efectivo – SSI** www.michigan.gov/dhs-ssi
 - **Manutención de Niños** www.michigan.gov/childsupport
 - **Oficinas de Condados de DHS** www.michigan.gov/dhs-countyoffices
 - **Formas y Solicitudes de DHS** www.michigan.gov/dhs-forms
 - **Manuales de Políticas y Procedimientos de DHS** www.michigan.gov/dhs-manuals
 - **Servicios de Emergencia** www.michigan.gov/dhs-ser
 - **Asistencia de Alimentos** www.michigan.gov/foodstamps
- **Recursos de Incapacitados de Michigan:** www.michigan.gov/disabilityresources

Publicaciones

Pida a su especialista de DHS si quiere recibir alguna de estas publicaciones. Las siguientes publicaciones están disponibles en línea en: www.michigan.gov/dhs-publications. Algunas también están disponibles en español.

- **Manutención para niños**
 - Understanding Child Support: A Handbook for Parents (DHS Publicación 748) (Sp).
 - What Every Parent Should Know About Establishing Paternity (DHS Publicación 780) (Sp).
 - Fatherhood: Taking Responsibility for Your Child (DHS Publicación 806).
 - DNA Paternity Testing: Questions and Answers (DHS Publicación 865) (Sp).
- **Crédito para la Calefacción del Hogar**
 - Notice to Potential Home Heating Credit Recipients (DHS Publication 788) (Sp)
- **Ayuda de Emergencia del Estado**
 - You and Your Energy Bills (DHS Publication 631)
 - DHS Can Help With Temporary Assistance (DHS Publication 783)